



Disponible en ligne sur
ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France
EM|consulte
www.em-consulte.com



ÉTUDE ORIGINALE

Profil socioéconomique, clinique et évolutif des patients suivis dans les unités de soins palliatifs du Bénin en 2022



Socioeconomic, clinical and evolution profile of patients followed in palliative care units in Benin in 2022



Kouessi Anthelme Agbodandé

Kouessi Anthelme Agbodandé^{a,*},
Finangnon Armand Wanvoégbé^b, Mickael Assogba^a,
Mahutin José Oussou^a, Eugénie Dansou^a,
Sylvain Glitho^c, Secondine Gnintoungbe^c,
Daniel Sedo^d, Emmanuel Kintohoun^d,
Adébayo Alassani^e, Christelle Codo^a,
Marcellin Ayosso^a, Angèle Azon kouanou^a

^a Unité de soins palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou, Cotonou, Bénin

^b Centre hospitalier départemental de l'Ouémé, Porto-Novo, Bénin

^c Unité de soins palliatifs du CHD Zou, Abomey, Bénin

^d Unité de soins palliatifs de l'hôpital de Zone de Comè, Comè, Bénin

^e Centre hospitalier départemental du Borgou, Parakou, Bénin

Reçu le 12 mars 2023 ; reçu sous la forme révisée le 8 juin 2023 ; accepté le 9 juin 2023
Disponible sur Internet le 5 juillet 2023

MOTS CLÉS

Soins palliatifs ;
Symptômes ;
Douleur ;
Profil
socioéconomique ;
Bénin

Résumé

Introduction. – Les soins palliatifs sont une réalité au Bénin depuis la mise en place d'un programme national spécialement dédié. Les objectifs de l'étude étaient de décrire les caractéristiques socioéconomiques et cliniques des malades et les principales interventions des équipes de soins afin d'identifier et combler les besoins résiduels.

Matériel et méthodes d'étude. – Nous avons réalisé une étude rétrospective descriptive couvrant la période de 1^{er} décembre 2014 au 30 juin 2022. Elle portait sur tous les patients suivis dans les unités de soins palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou, du CHD ZOU et de l'hôpital de Zone de Comè. Les variables étudiées étaient socioéconomiques, cliniques, thérapeutiques et celles liées à l'évolution. Les données recueillies ont été traitées à l'aide de Excel et analysées par le logiciel Stata 17MP.

* Auteur correspondant.

Adresses e-mail : agbotem@yahoo.fr (K.A. Agbodandé), wafinarm@yahoo.fr (F.A. Wanvoégbé), arnzu5@yahoo.fr (M. Assogba).

Résultats. — Cinq cent soixante-six dossiers ont été analysés. L'âge moyen était de $52,4 \pm 17,9$ ans avec un sex ratio de 0,6 ; 71,73 % des patients avaient un niveau socioéconomique bas. Le cancer (89,22 %) était la principale maladie à l'origine du recours aux soins palliatifs. La douleur (75,44 %) et l'asthénie (58,83 %) étaient les principaux symptômes physiques retrouvés chez les patients. Sur le plan psychologique, l'anxiété (61,11 %) était au premier plan. La morphine a été administrée à 70,72 % des patients. Au total, 40,60 % des patients étaient suivis à domicile et les perdus de vue représentaient 26,85 %.

Conclusion. — La mise en œuvre des soins palliatifs bien qu'elle soit une réalité, nécessite d'être renforcée. Des efforts restent à déployer pour le suivi des patients et leur accompagnement social.

© 2023 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Palliative care;
Symptoms;
Pain;
Socioeconomic
profile;
Benin

Summary

Introduction. — Palliative care is a reality in Benin since the establishment of a national program specifically dedicated to it. The objectives of the study were to describe the socioeconomic and clinical characteristics of the patients and the main interventions of the care teams in order to identify and fill the residual needs.

Study material and methods. — We conducted a retrospective descriptive study covering the period from December 1, 2014 to June 30, 2022. It covered all patients followed in the palliative care units of the CNHU-HKM of Cotonou, the CHD ZOU and the Zone Hospital of Comè. The variables studied were socioeconomic, clinical, therapeutic, and outcome variables. The data collected were processed using Excel and analyzed by Stata 17MP software.

Results. — Five hundred and sixty-six records were analyzed. The mean age was 52.4 ± 17.9 years with a sex-ratio of 0.6; 71.73% of patients had a low socioeconomic level. Cancer (89.22%) was the main disease causing the use of palliative care. Pain (75.44%) and asthenia (58.83%) were the main physical symptoms found in patients. Psychologically, anxiety (61.11%) was the main symptom. Morphine was administered to 70.72% of patients. A total of 40.60% of patients were followed at home and 26.85% were lost to follow-up.

Conclusion. — The implementation of palliative care, although a reality, needs to be reinforced. Efforts remain to be made for the follow-up of patients and their social support.

© 2023 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Introduction

La médecine a connu d'importants progrès techniques au cours de ces dernières décennies mais l'humanisation des pratiques n'a cessé de reculer [1]. Cette humanisation perdue, se retrouve dans la pratique des soins palliatifs qui apaisent la souffrance humaine dans les situations où la guérison n'est plus possible [2]. Ces soins constituent une approche qui améliore la qualité de vie des patients et de leurs familles.

Les services de soins palliatifs sont bien implantés dans les pays occidentaux où l'accès au contrôle de la douleur est bien organisé [3] contrastant avec les besoins importants non couverts dans les pays en voie de développement et surtout en Afrique au Sud du Sahara. Ces inégalités ont conduit l'Assemblée mondiale de la santé à formuler la recommandation WHA67-19 en 2014 qui incite les États membres à inclure les soins palliatifs à tous les niveaux de leur système de santé [4].

Au Bénin, des actions ont été initiées depuis 2014 pour faire du concept des soins palliatifs une réalité avec la

création en 2019 d'un programme national de soins palliatifs et d'unités pilotes de prise en charge dans quatre départements sur douze que compte le pays. Avant la mise à l'échelle au niveau nationale, il est indispensable d'identifier les besoins couverts. La présente étude a permis l'établissement du panorama des profils des patients reçus dans les unités de soins palliatifs (USP) et leurs prises en charge proposées en unité de soins palliatifs.

Patients et méthodes

L'étude s'est déroulée dans les trois unités de soins palliatifs opérationnelles du Bénin. Il s'agit des unités du Centre national hospitalier universitaire-Hubert Koutoukou Maga (CNHU-HKM) de Cotonou, de l'hôpital de Zone (HZ) de Comè et du Centre hospitalier départemental (CHD) du Zou. Il s'est agi d'une étude transversale et descriptive, sur la période allant du 1^{er} décembre 2014 au 30 juin 2022.

Ont été inclus tous les patients adultes et enfants diagnostiqués d'une maladie limitant l'espérance de vie et

suivis dans une des unités de soins palliatifs retenues pour l'étude.

Tous les patients dont le dossier médical était incomplet ou inexploitable ont été exclus de l'étude.

Les variables étudiées étaient les variables socioéconomiques (âge, sexe, localité de résidence, profession et niveau socioéconomique), les données cliniques (maladie limitant l'espérance de vie, capacité fonctionnelle et les symptômes), les données thérapeutiques et les données liées à l'évolution.

Le niveau socioéconomique a été évalué à partir de quatre paramètres cotés de 1 à 5 chacun. Le niveau 1 étant le meilleur et le niveau 5 était le plus défavorisé. Ces paramètres étaient la qualité de l'habitat et des moyens de transports, l'occupation professionnelle, le niveau d'éducation et l'existence de soutien sur les plans financier, moral, social ou spirituel. La moyenne obtenue définie le niveau social bas (4 et 5), moyen (3) ou élevé (1 et 2).

La maladie limitant l'espérance de vie était la principale pathologie qui a été à l'origine de la condition palliative du patient et ayant justifié le recours aux services de soins palliatifs.

En ce qui concerne l'évaluation de la capacité fonctionnelle, quatre activités de la vie courante ont été évaluées. Il s'agit de la marche, de l'habillage, de la toilette et de l'alimentation. Trois catégories de malades ont été identifiées : les malades complètement dépendants, les malades complètement indépendants ou autonomes et les malades partiellement dépendants. Le malade a été déclaré autonome lorsqu'il n'a besoin d'aucune aide pour la réalisation des quatre activités choisies. Il a été déclaré totalement dépendant lorsqu'il est grabataire et aucune des activités évaluées ne peut être initiée ou menée par lui et requiert totalement l'aide d'une tierce personne. Le malade partiellement dépendant a été celui qui peut participer à l'initiative mais ne peut la conduire convenablement sans l'aide d'une personne au moins.

Les symptômes étaient les signes relevés à l'interrogatoire ou à l'examen physique du patient.

Les données thérapeutiques étaient constituées des traitements symptomatiques (utilisés pour la gestion des principaux symptômes) et des traitements spécifiques des maladies en cause (chimiothérapie, antirétroviraux, intervention chirurgicale, radiothérapie, etc.).

L'évolution a été appréciée par le temps moyen de suivi dans les unités de soins palliatifs, le taux de décès et de perdu de vue.

Une fiche d'enquête standardisée a permis de collecter les données.

Les données recueillies ont été traitées à l'aide de Excel et analysées par le logiciel Stata 17MP. Les données quantitatives ont été représentées sous forme de moyenne et écart type, et les données qualitatives sous forme de fréquence.

Résultats

Caractéristiques socio-démographiques et économiques

Au total, 933 patients ont été inscrits dans les unités de soins palliatifs (USP) de trois formations sanitaires publiques

Tableau 1 Répartition des patients selon les caractéristiques socioéconomiques.
Distribution of patients according to socioeconomic characteristics.

	Modalités	n=566	%
Profession	Artisan	98	17,31
	Paysan	25	4,41
	Ménagère	164	28,97
	Commerçant	51	9,01
	Fonctionnaire	158	27,91
	Élève/étudiant	37	6,53
Niveaux socioéconomiques	Bas	406	71,73
	Moyen	65	11,48
	Élevé	95	16,78
Couverture sociale	Non	415	73,32
	Oui	151	26,67

du Bénin (CNHU-HKM, CHD-Zou et HZ de Comè) pendant la période d'étude. Parmi eux, 616 dossiers retrouvés ont été dépouillés dont 566 (91,88 %) ont été analysés après l'exclusion des dossiers incomplets.

Le sexe féminin représentait 63,07 % des cas soit un sex-ratio de 0,6. L'âge moyen des patients était de $52,4 \pm 17,9$ ans avec les extrêmes de 4 ans et 93 ans. Au total, 61,66 % des patients résidaient en milieu urbain et la majorité (64,31 %) vivait en couple. Les ménagères étaient la classe professionnelle la plus représentée (28,97 %). L'évaluation du niveau socioéconomique a montré que les patients étaient majoritairement d'un niveau socioéconomique bas (71,73 %) et 73,32 % des patients n'ont pas une couverture sociale (Tableau 1).

Données cliniques

Maladies à l'origine du recours aux soins palliatifs au Bénin

Sur l'ensemble des patients, le cancer solide (89,22 %) constituait la principale maladie à l'origine du recours aux soins palliatifs (Tableau 2). Le sein (28,31 %), le foie (16,43 %) et la prostate (13,66 %) étaient les principaux sites primitifs des cancers solides (Tableau 3). Ces cancers étaient métastatiques dans 60,60 % des cas au moment de l'admission en unité de soins palliatifs.

Capacité fonctionnelle

L'évaluation de la capacité fonctionnelle a été réalisée chez 371 patients. Parmi eux, 22,90 % étaient complètement dépendants et 53,90 % avaient besoins d'au moins une aide pour les activités de la vie courante. La proportion des patients autonomes était ainsi de 23,20 %.

Symptômes

La douleur était le principal symptôme retrouvé chez les patients, suivie de l'asthénie et de l'anorexie. Les manifestations psychologiques étaient aussi observées à type d'anxiété (61,11 %) et de dépression (22,22 %) (Tableau 4).

Tableau 2 Répartition des patients selon la maladie à l'origine du recours au soins palliatifs.
Distribution of patients according to the disease at the origin of the request to palliative care.

	Effectif (n = 566)	%
Cancer solide	505	89,22
Leucémie	14	2,47
Lymphome	11	1,94
VIH/Sida	9	1,59
Maladies neurologiques	8	1,41
Arthropathie	4	0,70
Plaie chronique	3	0,53
Maladies respiratoires chroniques	3	0,53
Drépanocytose	3	0,53
Insuffisance rénale chronique	2	0,35
Covid-19	1	0,17
Syndrome néphrotique	1	0,17
Myélome multiple	1	0,17
Lupus systémique	1	0,17

Tableau 3 Répartition des cas de cancers solides en fonction du site primitif.
Distribution of solid cancer cases according to primary location.

	Effectif (n = 505)	%
Seins	143	28,31
Foie	83	16,43
Prostate	69	13,66
Côlon/rectum	37	7,32
Col de l'utérus	30	5,94
Pancréas	28	5,54
Utérus	25	4,95
Estomac	22	4,35
Sphère ORL	15	2,97
Ovaires	12	2,37
Poumons	10	1,98

Données thérapeutiques

Traitements spécifiques et symptomatiques

La chimiothérapie palliative était le principal traitement spécifique administré chez 105 patients sur les 505 patients ayant un cancer solide soit une proportion de 20,79 %. Cette chimiothérapie représente 89,74 % des traitements spécifiques proposés dans les unités de soins palliatifs (Tableau 5).

Les antalgiques étaient le principal traitement symptomatique administré dans 92,22 % des cas et 70,72 % des traitements antalgiques étaient constitués du palier 3 (morphine ou autres dérivés morphiniques) (Tableau 6).

Soutien psychosocial

Au cours de la période d'étude, treize actions d'accompagnement social ont été mentionnées dans les dossiers médicaux. Ces actions sociales ont été réalisées chez dix patients. Il s'est agi d'une aide financière et

Tableau 4 Répartition des patients en fonction des symptômes cliniques.
Distribution of patients according to clinical symptoms.

	Effectif	%
Symptômes physiques (n = 566)		
Douleur	427	75,44
Asthénie	333	58,83
Anorexie	148	26,14
Constipation	132	23,32
Nausée	78	13,78
Vomissement	68	12,01
Dyspnée	57	10,07
Plaie	56	9,89
Toux	46	8,12
Diarrhée	43	7,59
Pâleur/anémie	25	4,41
Lymphoedème	21	3,71
Maigrissement	6	1,06
Déshydratation	6	1,06
Œdème	6	1,06
Symptômes psychiques (n = 90)		
Anxiété	55	61,11
Dépression	20	22,22
Délire ou confusion	14	15,55
Amnésie	1	1,11

Tableau 5 Répartition des patients selon le traitement spécifique.
Distribution of patients according to specific treatment.

	Nombre n = 117	%
Chimiothérapie	105	89,74
Hormonothérapie	11	9,40
Antirétroviraux (ARV)	6	5,12
Chirurgie	6	5,12
Radiothérapie	1	0,85

Tableau 6 Répartition des patients selon le traitement symptomatique et niveau d'antalgique.
Distribution of patients according to symptomatic treatment and level of analgesic.

	n	%
Traitement symptomatique (n = 463)		
Antalgiques	427	92,22
Corticothérapie	109	23,54
Anxiolytiques	88	19,00
Pansement	23	4,96
Transfusion	20	4,31
Antidépresseurs	82	17,71
Hydratation	7	1,51
Alimentation entérale/parentérale	5	1,07
Oxygène	3	0,64
Antiemétique	1	0,21
Niveau d'antalgique (n = 427)		
Palier 1	7	1,63
Palier 2	118	27,63
Palier 3	302	70,72

alimentaire dans 38,46 % des cas et d'un relogement chez 23,07 % des patients. Un soutien psychologique a été apporté à 87,7 % des patients.

La visite de deuil auprès de l'entourage a été réalisée dans 88,0 % des cas de décès.

Caractéristiques du séjour

Le délai moyen entre la date du diagnostic et la date du premier contact avec une unité de soins palliatif a été mentionné chez 154 patients. Il était de $71,7 \pm 41,0$ jours avec les valeurs extrêmes de 1 et 143 jours.

La durée moyenne de suivi des patients était de 5,44 mois avec les extrêmes de 1 et 8 mois. En ce qui concerne le lieu du suivi, les patients étaient pris en charge à domicile ou dans leur communauté (40,60 %), au sein de l'USP (56,0 %) ou dans une institution autre que l'USP (3,20 %). Le taux de perdus de vue était de 26,85 % et 68,19 % des patients étaient décédés. Le lieu de décès était le domicile dans 43,52 % des cas et dans l'USP ou une autre institution hospitalière dans 56,48 % des cas.

Discussion

Nous avons réalisé une étude rétrospective. Ce type d'étude ne permet pas un recueil exhaustif des données. Ainsi, sur les 933 patients répondant aux critères d'inclusion, seulement 616 dossiers ont été retrouvés constituant une perte d'information. Malgré ces faiblesses, la présente étude constitue un repère important pour orienter la mise en œuvre du programme des soins palliatifs du Bénin. Il a permis de décrire les profils sociaux, clinique et évolutif des patients. Il a en outre établi le point des interventions proposées par les diverses unités de soins palliatifs.

Sur le plan socio-démographique, la majorité des patients inclus dans les unités étaient de sexe féminin (62,98 %) avec un sex-ratio de 0,6. Ce résultat est similaire à celui d'Orinti OT et al. qui a constaté que 63 % des patients dans une unité de soins palliatifs au Kenya étaient des femmes [5]. Cette prédominance féminine pourrait s'expliquer par la fréquence élevée de cancer de la femme dans notre étude. L'âge moyen de nos patients était 52,4 ans avec des extrêmes allant de 4 à 93 ans ; il reste inférieur à l'espérance de vie à la naissance au Bénin qui était de 63,8 ans [6]. Ces résultats sont similaires à ceux de Goethe H et al., qui ont retrouvé des âges extrêmes entre 0 et plus de 90 ans [7]. Ainsi tous les âges peuvent être touchés par les maladies chroniques avancées nécessitant les soins palliatifs. WHPCA dans la deuxième édition de son GAPC en 2020, affirmait en effet que les soins palliatifs sont destinés aux personnes de tout âge qui ont reçu un diagnostic de maladie grave incurable, et cela inclut les enfants, les jeunes adultes et les personnes âgées [8].

La majorité des patients (71,73 %) étaient d'un niveau socioéconomique bas. Ce taux est similaire à celui rapporté par Maya et al. qui ont noté que 67 % des patients inclus en soins palliatifs n'avaient pas d'emploi ou ont des revenus faibles [9]. Cet état de choses contraste avec les besoins de soins chez ces patients. La maladie ayant généralement un effet invalidant, les patients dépendent de soutien de tiers pour améliorer leur qualité de vie.

La plupart de nos patients (73,3 %) n'ont pas d'assurance maladie. Ces résultats ne s'écartent pas de ceux enregistrés par Bachisse I qui rapporte que 63,3 % de la population enquêtée n'ont pas d'assurance maladie [10]. L'assurance maladie s'avère être une mesure sociale indispensable pour les patients en soins palliatifs qui, à cette étape de l'évolution de la maladie ont investi toute leur fortune dans les dépenses de santé et se retrouvent dans la précarité. La plupart de ces malades ont en effet une maladie chronique onéreuse telle que le cancer.

Le cancer solide (89,2 %) constitue la principale maladie à l'origine du recours aux soins palliatifs au Bénin. Cette forte proportion des cancers pourrait s'expliquer par le mode de recrutements dans nos unités et par la compréhension erronée de certains professionnels de santé qui limitent les soins palliatifs aux cas de cancers. Agbodandé et al. avaient noté en 2019 dans deux USP du Bénin la même proportion de cancers [11]. Cette tendance est également rapportée par Sarina R et al. au Canada et Candide N et al. au Portugal qui ont retrouvé respectivement 75,8 % et 85,8 % [12,13]. En se référant aux données statistiques de l'OMS, les maladies cardiovasculaires sont à l'origine de la plupart des décès dus aux maladies non transmissibles (43,65 %), suivies des cancers (22,68 %) et des maladies respiratoires chroniques (10 %) [14]. Duthé et al. en 2022 ont fait le même constat dans son étude, après analyse de 70 000 décès d'adultes en Afrique et en Asie [15]. Cette tendance n'a pas été retrouvée dans notre étude. L'écart observé s'explique en partie par la limitation du programme des soins palliatifs du Bénin principalement aux cancers au cours de la phase pilote de mise en œuvre. Hung YS et al. font cependant le constat de la référence tardive aux soins palliatifs des patients présentant une pathologie non cancéreuse comparativement à ceux qui présentent un cancer [16]. Les différentes politiques de mise en œuvre des soins palliatifs doivent œuvrer à inverser cette tendance.

Le recours tardif des patients en soins palliatifs explique en outre l'autonomie limitée de la plupart des patients admis dans nos unités de soins palliatifs. En effet, 76,8 % des patients suivis en soins palliatifs au Bénin ont besoin d'une aide partielle ou totale dans les activités de la vie quotidienne. La même observation a été faite par Fernando César en 2019 au Brésil, et par Annicka et al. en 2015 en Hollande ; ces auteurs rapportent respectivement 77 % et 92 % de patients en perte d'autonomie [17,18]. Cette perte d'autonomie peut s'expliquer par les symptômes invalidants dominés par la douleur.

Dans notre étude, 75,44 % des patients souffraient de douleur. Cette proportion élevée de douleur a été retrouvée par d'autres auteurs. Une étude menée conjointement en Afrique du Sud et en Ouganda chez des patients cancéreux en soins palliatifs a rapporté que 87,5 % des patients avaient une douleur [19]. En Côte d'Ivoire, une proportion de 60 % a été rapportée chez les patients atteints de pathologie chronique en particulier de cancer [20].

En dehors de la douleur, l'asthénie et l'anorexie étaient aussi présentes respectivement dans 58,83 % et 26,14 % des cas. Bien qu'il puisse paraître difficile de pallier à ces symptômes, leur impact sur la qualité de vie doit être exploré par une équipe interdisciplinaire.

Les manifestations psychologiques étaient aussi présentes dans notre population d'études avec l'anxiété à

61,11 % et la dépression à 22,22 %. Une fréquence élevée de symptômes psychologiques a été retrouvée par Bantalem et al. en Éthiopie qui ont rapporté 64,9 % pour l'anxiété et 47,4 % pour la dépression [21]. La détresse psychologique pourrait être liée aux à l'absence de contrôle des autres symptômes en particulier la douleur, les craintes existentielles et les problèmes sociaux liés à la perte d'autonomie.

Dans les unités de soins palliatifs du Bénin, divers traitements ont été proposés aux patients. Ces traitements étaient autant spécifiques aux pathologies sous-jacentes que symptomatiques. La chimiothérapie palliative a été proposée à 21,16 % des patients cancéreux. Ce taux faible est aussi observé par Kpssou et al. chez les patients atteints de cancer du pancréas suivi au CNHU de Cotonou [22]. En raison de la perception socio-culturelle de ce moyen thérapeutique et son coût élevé, plusieurs patients cancéreux naïf de tous traitements curatifs sont admis dans les unités de soins palliatifs alors que l'indication de chimiothérapie restait justifiée.

En ce qui concerne les traitements symptomatiques, les antalgiques dont la morphine ont été largement utilisés dans notre étude. En effet, 70,72 % des patients ont été mis sous morphine. La proportion élevée de patients sous morphine dans les unités de soins palliatifs au Bénin résulte des actions du programme national des soins palliatifs qui a mis en place une unité de production de morphine solution orale avec un accès facilité à la solution orale de morphine aux malades inscrits en soins palliatifs. Ce taux reste cependant inférieur aux 83,5 % rapportés par Sékou et al. au Mali [23] et pourrait s'expliquer en partie par les conditions de session de la morphine (ordonnance sécurisée, coût à 1500 FCFA le flacon de 500 mL dosé à 1 mg/mL) et les représentations associées à la morphine auprès de certains soignants et de certains patients.

On retrouve en outre une prescription d'antidépresseurs chez seulement 17,71 % des patients. Cela contraste avec la proportion de cas de dépression recensée. La dépression reste en effet sous-diagnostiquée et sous-traitée chez les patients avec un cancer avancé en soins palliatifs [24].

Sur le plan social, au cours de notre période d'étude, treize actions d'accompagnement social ont été réalisées pour dix patients. Les actions sociales ont été réalisées ainsi chez seulement 1,76 % des patients. En outre, ces actions ont été limitées à l'aide financière, à l'appui alimentaire et au relogement et paraissent insuffisantes au regard des besoins de ces patients qui ont pour la plupart un niveau socioéconomique bas. La faible réalisation des interventions sociales s'explique par l'absence de mécanisme opérationnel de prise en charge sociale auquel ces patients pourraient être adressés. Les efforts déployés par le programme national de soins palliatifs à travers l'achats de vivres sont inconstants et insuffisants. Ces efforts doivent être poursuivis et renforcés afin d'étendre l'appui social à d'autres besoins tels que l'assistance des enfants en situation de vulnérabilité en raison de la condition palliative de leur parent.

Sur le plan psychologique, plusieurs études ont montré la place importante de la psychothérapie en soins palliatifs. Dans notre étude, il a été accordé à 87,7 % des patients. Selon Ross L et al., la psychothérapie de soutien aide à réduire le niveau d'anxiété, de dépression et à augmenter

la qualité de vie [25]. Cela pourrait donc expliquer la faible prescription d'anxiolytiques ou d'antidépresseurs par rapport à la prévalence de ces détresses psychologiques dans notre étude.

Dans notre étude, la durée moyenne de 71,7 jours entre le diagnostic et la première prise en charge en soins palliatifs montre que le délai de recours en soins palliatifs paraît acceptable dans nos formations sanitaires. Ce délai est bas, comparé à ceux de Claude Bernard et al. à Trévoux (Lyon) et Sami et al. en Arabie saoudite qui ont trouvé respectivement en moyenne 8 mois et 7 mois [26,27]. Ce délai retrouvé dans notre étude serait rendu possible par la sensibilisation des professionnels de santé dans les hôpitaux pilotes qui assurent une orientation assez précoce des patients chez qui les soins palliatifs sont indiqués. Une prise en charge palliative précoce permettrait un meilleur contrôle des symptômes et également aux patients une meilleure compréhension de la maladie et du pronostic, et d'avoir ainsi une meilleure compréhension des bénéfices des traitements et de leur intérêt sur la qualité de vie [28]. Il faut cependant noter que depuis l'avènement des unités de soins palliatifs au Bénin, la plupart des cas de cancers diagnostiqués aux stades avancés et pour qui il n'existe pas de solution thérapeutique sont adressés directement dans les unités de soins palliatifs. En effet, au Bénin, il n'existe pas de service de prise en charge de cancer, de même, la radiothérapie est absente et la chimiothérapie est inaccessible pour un grand nombre de patients. Cela explique en partie le recours rapide aux soins palliatifs.

En ce qui concerne le lieu de suivi, 40 % des patients ont été suivis à domicile. Ces suivis à domicile, en plus de prendre en charge les symptômes physiques, permettent d'atténuer le sentiment d'abandon vécu par les patients. Le suivi à domicile a en outre certainement permis le faible taux de perdu de vue (26,9 %), indiquant ainsi un taux de rétention de 73,1 %. Le taux de rétention au Bénin paraît supérieur à ceux rapportés dans d'autres pays à revenu faible et intermédiaire qui varient entre 58 à 66 % [29,30]. En ce qui concerne le lieu de décès, plus de la moitié des décès étaient survenus en USP ou dans une institution hospitalière contrairement aux constatations de Bado et al. au Burkina Faso qui ont relevé que 55 % des décès survenaient plutôt à domicile [31]. Nos résultats se rapprochent cependant de ceux publiés dans l'atlas des soins palliatifs et des fins de vie en France en 2020 où 53 % des décès étaient survenus à l'hôpital [32]. L'occidentalisation progressive des sociétés africaines pourrait expliquer nos résultats. En effet, le plus grand nombre de nos malades était inscrit à Cotonou, capitale économique du Bénin où les pratiques sociales sont plus proches de l'occident que des traditions locales, illustrant la mutation culturelle en Afrique au sud du Sahara.

Conclusion

La mise en œuvre des soins palliatifs est une réalité au Bénin. La majorité des patients était d'un niveau socioéconomique bas et les cancers constituent la principale maladie à l'origine du recours aux soins palliatifs au Bénin. La douleur constitue le principal symptôme physique. Des

efforts restent à déployer pour le suivi des patients et leur accompagnement social.

Consentement éclairé et confidentialité des données

Les auteurs déclarent que l'article ne contient aucune donnée personnelle pouvant identifier le patient ou le sujet.

Financement

Cette étude n'a reçu aucun financement spécifique d'une agence publique, commerciale ou à but non lucratif.

Contribution et responsabilité des auteurs

L'ensemble des auteurs attestent du respect des critères de l'International Committee of Medical Journal Editors (ICMJE) en ce qui concerne leur contribution à l'article.

Remerciement

Les auteurs remercient tout le personnel des unités de soins palliatifs du CNHU-HKM de Cotonou, du CHD Zou et de l'hôpital de Zone de Comè, ainsi que tous les acteurs qui contribuent au développement des soins palliatifs au Bénin.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Haque OS, Waytz A. Dehumanisation in medicine. Causes, solutions and functions. *Perfect Psychol Sci* 2012;7:176–86, <http://dx.doi.org/10.1177/1745691611429706>.
- [2] Majordome RN, Burt R, Foley KM, Morris J, Morrison RS. Palliative medicine: providing care when cure is not possible. A roundtable discussion: Part I. *Geriatrics* 1996;51:33–44.
- [3] Connor SR, Gwyther E. The worldwide hospice palliative care alliance. *J Pain Symptom Manage* 2018;55:112–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.jpainsymman.2017.03.020>.
- [4] World Health Assembly, 67. Strengthening of palliative care as a component of comprehensive care throughout the life course. *WHA67.19*, 2014.
- [5] Orindi OT, Aduda DSO, Amimo FA. Socio-demographic characteristics associated with quality of life-scores among palliative care cancer patients in Kenya. *J Community Med Public Health* 2021;5:220, <http://dx.doi.org/10.29011/2577-2228.100220>.
- [6] République du Bénin. Institut national de la statistique et de l'analyse économique. *Annuaire statistique* 2019. 304p.
- [7] Gothe H, Brinkmann C, Schmedt N, Walker J, Ohlmeide C. Is there an unmet medical need for palliative care services in Germany? Incidence, prevalence, and 1-year all-cause mortality of palliative care sensitive conditions: real-world evidence based on German claims data. *J Public Health* 2020;30:711–20, <http://dx.doi.org/10.1007/s10389-020-01319-7>.
- [8] The Worldwide Hospice Palliative Care Alliance. *Global atlas of palliative cares*. 2nd ed London: Connor SR; 2020.
- [9] Bates MJ, Gordon MRP, Gordon SB, Tomeny EM, Muula AS, Davies H, et al. Palliative care and catastrophic costs in Malawi after a diagnosis of advanced cancer: a prospective cohort study. *Lancet Glob Health* 2021;9:e1750–7, [http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X\(21\)00408-3](http://dx.doi.org/10.1016/S2214-109X(21)00408-3).
- [10] Bachisse I. Mesure de la satisfaction des usagers de l'unité de soins palliatifs/traitement de la douleur/urgences [mémoire DES : médecine]. Rabat: Université Mohammed V; 2012.
- [11] Agbodandé KA, Prudencio RDTK, Gnintoungbe S, Sowanou AKV, Ayosso M, Fandi O, et al. Sociodemographic characteristics and identified needs among patients followed in palliative care units in the Republic of Benin. *Hos Pal Med Int Jnl* 2019;3:32–5, <http://dx.doi.org/10.15406/hpmij.2019.03.00146>.
- [12] Sintor C. Characteristics of patients referred and admitted to palliative care services in Portugal in 2017 and the effectiveness of symptom management [thèse : médecine]. Lisbonne: Université catholique de Portugal; 2020.
- [13] Isenberg SR, Bonares M, Kurahashi AM, Algu K, Mah-tani R. Race and birth country are associated with discharge location from hospital: A retrospective cohort study of demographic differences for patients receiving inpatient palliative care. *EClinical Medicine* 2022;45:101303, <http://dx.doi.org/10.1016/j.eclim.2022.101303>.
- [14] Organisation mondiale de la santé [En ligne]. Maladies non transmissibles. [Accès le 02 octobre 2022]. Disponible : <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>.
- [15] Duthé G, Sessego A, Rabier S. Mieux identifier les causes multiples de décès, en l'absence de certificats de décès : comment tirer parti des méthodes d'estimation des causes probables de décès dans les pays à revenu faible et intermédiaire pour améliorer la prévention. *Question de développement* 2022;53:1–4 [ffhal-03739577f].
- [16] Hung YS, Chang H, Wu WS, Chen JS, Chou WC. A comparison of cancer and noncancer patients who receive palliative care consultation services. *Am J Hosp Palliat Care* 2013;30:558–65, <http://dx.doi.org/10.1177/1049909112461842> [Epub 2012 Oct 3].
- [17] Annicka GM, Anneke L, Bregje D. Case management in primary palliative care is associated more strongly with organisational than with patient characteristics: results from a cross-sectional prospective study. *BMC Palliat Care* 2015;14:31, <http://dx.doi.org/10.1186/s12904-015-0029-8>.
- [18] Marcuccia FC, Moreirab AA, Mendesa IA, Coteloa JS, de Oliveira JC, Hossettea KL, et al. Results of the first year of a palliative care unit in a general hospital. *Geriatr Geronto Aging* 2019;13:88–94.
- [19] Harding R, Selman L, Agupio G, Dinat N, Downing J, Gwyther L, et al. The prevalence and burden of symptoms amongst cancer patients attending palliative care in two African countries. *Eur J Cancer* 2011;47:51–6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejca.2010.08.003>.
- [20] Didi-Kouko Coulibaly J, Adoubi I, Touré M, Oseni A, Echimane KA. Les difficultés de la prise en charge par la morphine de la douleur en cancérologie : expérience ivoirienne. *Bull Cancer* 2009;96:703–7, <http://dx.doi.org/10.1684/bdc.2009.0877>.
- [21] Atinafu BT, Demlew TM, Tarekegn FN. Magnitude of anxiety and depression and associated factors among palliative care patients with cancer at Tikur Anbessa specialized hospital, Ethiopia. *Ethiop J Health Sci* 2022;32:331–42, <http://dx.doi.org/10.4314/ejhs.v32i2.14>.
- [22] Kpoussou AR, Gbessi DG, Gnangnon FHR, Boukari MM, Vignon KR, Sokpon MC, et al. Cancers du pancréas au Centre national hospitalier universitaire de Cotonou :

- aspects épidémiologiques, diagnostiques, thérapeutiques et pronostiques. *Pan Afr Med J* 2021;39:18, <http://dx.doi.org/10.11604/pamj.2021.39.18.26261>.
- [23] Sékou B. Évaluation de la prise en charge médicamenteuse de la douleur cancéreuse dans le service d'oncologie médicale du CHU Luxembourg [thèse : pharmacie]. Bamako: Université des sciences des techniques et des technologies de bamako; 2019.
- [24] Phuc-Hung D. Comment diagnostiquer et traiter la dépression en soins palliatifs ? *Med Hyg « InfoKara »* 2001;16:10–6, <http://dx.doi.org/10.3917/inka.014.0010>.
- [25] Ross L, Boesen EH, Dalton SO, Johansen C. Mind and cancer: does psychosocial intervention improve survival and psychological well-being? *Eur J Cancer* 2002;38:1447–57, [http://dx.doi.org/10.1016/s0959-8049\(02\)00126-0](http://dx.doi.org/10.1016/s0959-8049(02)00126-0).
- [26] Alshammary S, Alsuhail Al, Duraisamy B, Alabdullateef S, Ratnapalan S. Interval between first palliative care consultation and death among patients in a comprehensive cancer center in Saudi Arabia. *J Health Specialties* 2015;3:61.
- [27] Phan N. Profil des patients hospitalisés à l'unité de soins palliatifs de l'hôpital Nord-Ouest de Trévoux [thèse : médecine]. Lyon: Université Claude Bernard Lyon 1; 2017.
- [28] Temel JS, Greer JA, Muzikansky A, Gallagher ER, Admane S, Jackson VA, et al. Early palliative care for patients with metastatic non-small-cell lung cancer. *N Engl J Med* 2010;363:733–42, <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa.2010.363.733>.
- [29] Maranga IO, Hampson L, Oliver AW, Gamal A, Gichangi P, Opiyo A, et al. Analysis of factors contributing to the low survival of cervical cancer patients undergoing radiotherapy in Kenya. *PLoS One* 2013;8:e78411, <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0078411>.
- [30] Paul M, George PS, Mathew A. Patient and disease related factors associated with lost-to follow-up/drop-outs of cervical cancer patients: a study at a major cancer hospital in South India. *Asian Pac J Cancer Prev* 2010;11:1523–34.
- [31] Bado AR, Kouanda S, Haddad S. Lieu du décès au Burkina : influence des caractéristiques sociodémographiques et environnementales. *Afr Pop Stud* 2016;30:2149–59, <http://dx.doi.org/10.11564/30-1-797>.
- [32] Cousin F, Gonçalves T. Atlas des soins palliatifs et de la fin de vie en France : deuxième édition 2020. Paris: Centre national des soins palliatifs et de la fin de vie; 2020 [104pages].