

FACTEURS SOCIOCULTURELS ET COMPLIANCE AU TRAITEMENT NEUROLEPTIQUE RETARD CHEZ LES SCHIZOPHRENES AU BURKINA FASO : A PROPOS DE DEUX CAS CLINIQUES

Arouna OUEDRAOGO *
et Innocent Pierre GUISSOU **

RESUME

La non-observance du traitement médicamenteux est une des raisons de l'échec de la prise en charge des malades schizophrènes notamment dans des contextes où les moyens sont assez limités.

Nous avons à travers deux cas cliniques, mis en évidence les facteurs d'ordre socioculturel susceptibles d'influencer la compliance thérapeutique de cette catégorie de patients. Entre autres facteurs, nous nous sommes intéressé ici, à l'occurrence de la représentation de la maladie, de la fonction du médicament dans les systèmes de pensée, aux rôles et statuts du malade. Ces facteurs sont susceptibles d'influencer négativement la compliance thérapeutique des malades schizophrènes dans notre contexte d'exercice.

Mots-clés : *schizophrénie - compliance - neuroleptique retard - facteurs socioculturels - Burkina Faso.*

SOCIO-CULTURAL FACTORS AND COMPLIANCE WITH LONG-TERM NEUROLEPTIC TREATMENT OF SCHIZOPHRENIC PATIENTS IN BURKINA FASO : REPORT OF TWO CLINICAL CASES

ABSTRACT

Non compliance with chemical treatment is one of the causes of failure in the care provided to schizophrenics, especially in difficult material circumstances.

Through two clinical cases we tried to identify the socio-cultural factors which may influence compliance with treatment among these patients. Among other factors, we focused on the occurrence of

* Centre Hospitalier National Yalgado Ouédraogo de Ouagadougou - Burkina Faso

** Faculté des Sciences de la Santé - Université de Ouagadougou - Burkina Faso

the representation of the sickness and the function of the drug in the patient's thought systems, as well as his/her role and status. These factors are likely to exert negative influence upon therapy compliance in schizophrenic patient in our work context.

Key-words : *schizophrenia - compliance - long-term neuroleptic treatment - socio-cultural factors - Burkina Faso.*

INTRODUCTION

La médicalisation du traitement des psychoses chroniques au Burkina Faso résume parfois la prise en charge de cette catégorie de pathologie du fait de l'insuffisance en moyens, en infrastructures et en personnel spécialisé. Dans un tel contexte, l'utilisation des neuroleptiques retard est un protocole courant pour diverses raisons. Mais on constate également que les effets bénéfiques attendus sont parfois compromis pour des raisons multiples parmi lesquelles la non-observance du traitement. Dans la mesure où justement ces neuroleptiques peuvent avoir un impact important sur la réinsertion socioprofessionnelle du patient schizophrène, le respect de leur prescription constitue un souci majeur pour tout psychiatre. Il semble par ailleurs exister une relation entre le suivi des prescriptions médicales et la continuation d'une psychothérapie (FRANK et GUNDERSON, 1990). Malheureusement il faut reconnaître que le comportement attendu du patient par le prescripteur est difficile à prédire et à contrôler.

Mais on s'accorde à admettre, et cela depuis Hippocrate, que les patients ne prennent pas toujours le traitement prescrit (SCHMITT et MORON, 1992). Dans le domaine de la psychiatrie, le taux de non-observance se situerait entre 15 et 50 % en fonction des auteurs (BLONDIAUX *et al.*, 1988,1994; CHAMBON *et al.*,1988). Dans le cas particulier des patients schizophrènes hospitalisés, BLONDIAUX *et al.*, (1988) rapportent que 56 % d'entre eux seraient d'accord pour prendre leur traitement si le choix leur était laissé, contre 93 % des patients d'un groupe témoin constitué par des malades non psychiatriques hospitalisés en médecine. L'importance du phénomène est certes difficile à quantifier dans notre contexte de travail en milieu africain. Néanmoins une certitude s'impose, les patients schizophrènes en milieu africain ne suivent pas toujours de façon correcte les recommandations du médecin, cela aussi bien dans le domaine du suivi des prescriptions médicamenteuses et du mode de vie que dans celui du respect des rendez-vous de consultations. L'une des conséquences est que cette non-observance est fortement corrélée aux taux de rechute et de récurrence de l'affection (BLONDIAUX *et al.*, 1994 ; CHAMBON *et al.*, 1988).

Il est désormais acquis que plusieurs ordres de facteurs sous-tendent la compliance au traitement chez tout malade de façon générale (ALVIN *et al.*, 1995 ; BLONDIAUX *et al.*, 1988 ; HUGUET, 1986 ; MYERS et BRANTHWAITE, 1992 ; OLIVIER-MARTIN, 1986 ; SELLWOOD et TARRIER, 1994) même s'il n'est pas possible de quantifier l'influence de chacun de ces facteurs. Dans le cadre de la pathologie mentale, du moins en milieu africain, les facteurs socioculturels nous semblent y occuper une place de choix.

L'objectif de ce travail est d'analyser, à partir de deux cas cliniques tirés de notre expérience quotidienne, l'influence des facteurs socioculturels dans la compliance au traitement neuroleptique retard dans le cas particulier des psychoses schizophréniques.

PRESENTATION DES CAS

Cas n° 1

Le patient que nous conviendrons d'appeler Tibo est un adulte de sexe masculin, âgé de 27 ans, cultivateur non scolarisé, habitant dans un village distant de 160 kilomètres de Ouagadougou. Il a été conduit en décembre 1988 au service, pieds et mains solidement ligotés par une bande de cotonnade, à bord d'une camionnette sous l'oeil vigilant de trois adultes dont son père. Dans les deux années qui ont précédé son admission, on le savait déjà malade. Ses propos devenaient de plus en plus incohérents ; il se lavait rarement et était devenu très sale. Il s'isolait progressivement et ne participait à aucune activité professionnelle. Les multiples traitements non biomédicaux avaient été essayés : auprès des tradipraticiens, devins, marabouts, pentecôtistes, pasteurs protestants. Plusieurs étiologies avaient été évoquées par ces divers soignants et celle qui avait retenu l'attention du père était la suivante : le mal aurait été initialement dirigé contre Bila le père de Tibo par un ennemi du voisinage jaloux de sa réussite sociale. Mais, en raison de la puissance magique de Bila, ce mal n'aurait pas pu atteindre sa cible et c'est par ricochet que Tibo s'est retrouvé victime.

Malgré tout, les résultats des traitements avaient été plutôt insatisfaisants. Tibo errait de concession en concession de jour comme de nuit, jusqu'au moment où ses menaces verbales et passages à l'acte violent avaient fini par imposer sa mise hors d'état de nuire par contention mécanique au fond d'une case pendant six mois. A l'issue de ce " traitement " qui avait engendré un certain calme, il avait été libéré. Mais, ce patient n'avait pas pour autant ré-assimilé les valeurs du groupe : il créait la panique en s'introduisant dans les cases des femmes pendant les nuits. Ce comportement n'avait pas du tout été toléré par le groupe familial qui y voyait les éléments matériels d'une tentative de viol doublée d'inceste. C'était ce comportement qui avait motivé le recours aux soins modernes.

A l'arrivée de Tibo au service, le tableau clinique était marqué surtout par une indifférence totale à autrui et une froideur dans le contact. Nous avons proposé une prise en charge en milieu hospitalier et le diagnostic de schizophrénie a été retenu. Le traitement neuroleptique retard par le Décanoate de Fluphénazine a été introduit au cours de son séjour qui a duré deux mois. Au moment de la sortie nous avons expliqué au patient et à son père la nécessité de poursuivre le traitement. Pour ce faire, des consignes ont été données à son père pour qu'il le ramène une fois par mois pour des rendez-vous de consultations de contrôle. Tout au long de l'année 1989 les recommandations ont été suivies et le patient a pu recevoir régulièrement son traitement en même temps que nous constatons une évolution plutôt chaotique. Mais, cette alliance n'a duré qu'une saison et nous allons désormais assister impuissant à une série de manquements : le respect des rendez-vous était de plus en plus irrégulier, le malade ne prenait pas son traitement de façon mensuelle.

Lors d'une des rares consultations le père nous a confié ceci : << mon fils va bien maintenant, il n'a mal nulle part, il n'est plus agressif ; il est devenu très calme et ne parle pas beaucoup, il mange bien, il dort bien ... >>. Et pour appuyer ces propos le père nous a fait remarquer que son fils a même pris du poids. Il a ajouté que son fils n'a certes pas retrouvé tous ses esprits mais s'est empressé de préciser qu'il ne nous tenait pas rigueur pour ce volet car il ne s'agit pas là de " maladie de l'hôpital " (entendez par là que son traitement n'est pas du ressort de la médecine moderne).

Pendant ce temps, des traitements traditionnels parallèles étaient employés avec par moments suspension de notre prescription sur recommandation expresse du tradipraticien qui conditionnait l'optimisation de son intervention à l'arrêt de toute médication moderne surtout celle par voie injectable. C'est pour toutes ces raisons que l'utilité du traitement neuroleptique retard ne paraissait pas aussi évident pour le père.

Cas n° 2

Le patient Ali était un adulte jeune de 23 ans au moment où nous le recevions au service en 1993. Son père est un commerçant au grand marché de Ouagadougou et, des multiples femmes qu'il avait, il n'en restait plus que quatre, parmi lesquelles la mère de Ali occupe le quatrième rang. Ali est l'aîné d'une fratrie utérine de quatre enfants mais nous n'avons pas pu obtenir le nombre exact de ses demi-frères et soeurs. Tout au long de son hospitalisation, nous n'avons pas pu rencontrer le père malgré notre sollicitation. Ali avait été amené au service par la mère en raison des bizarreries dans son comportement. La mère avait noté chez lui des répétitions stéréotypées des mêmes gestes ou des mêmes conduites, des accès de rire apparemment immotivés et des monologues excluant l'interlocuteur. Il lui arrivait de se boucher sans raison ses narines avec de gros morceaux de chiffons. Il se couchait tard et se réveillait en pleine nuit pour faire du tapage.

A l'interrogatoire nous avons vite remarqué l'incohérence des propos et des idées de persécution procédant de mécanisme hallucinatoire. Par ailleurs, on notait une baisse notable du rendement scolaire perceptible depuis deux ans ainsi que des conduites toxicophiles. L'hospitalisation a duré trois semaines et en raison de plusieurs paramètres, nous avons introduit un traitement par neuroleptique d'action prolongée en l'occurrence le Décanoate de Fluphénazine. Malgré les revenus substantiels du père, le traitement de Ali a été très laborieux à conduire. Ali était un élément très négligeable dans la progéniture de son père et sa prise en charge était loin des priorités de ce père. A défaut de disposer des trois produits prescrits, la mère se contentait parfois de lui donner uniquement le correcteur antiparkinsonien et le tranquillisant.

COMMENTAIRE

Les exemples qui semblent montrer les difficultés de prise en charge thérapeutique des malades mentaux ne manquent pas. Ce dont nous avons surtout voulu rendre compte, ce sont des facteurs péjoratifs dans le cadre de l'observance du traitement médicamenteux. Nous discuterons ici, de l'influence de trois ordres de facteurs.

1. La représentation culturelle de la maladie schizophrénique

De nombreuses recherches (BLONDIAUX *et al.*, 1988 ; CHAMBON *et al.*, 1988 ; FRANK et GUNDERSON, 1990) ont établi que la qualité de l'adhésion diminuait avec le temps chez les schizophrènes du fait qu'il s'agit d'affection nécessitant un traitement au long cours. Mais en plus de ce constat, la schizophrénie en tant qu'affection chronique grave, constitue le prototype de la folie dans la conception populaire. Quelques invariants sont retrouvés pour qualifier ces malades : " ce sont des personnes qui parlent au hasard, ce sont des personnes qui ne savent pas ce qu'elles ont fait hier, ce sont des personnes qui ne peuvent respecter ni père ni mère, ce sont des personnes qui peuvent agresser...". On pourrait ainsi multiplier les stigmates de cette pathologie. Mais la schizophrénie, toujours dans la

logique populaire, fait partie des maladies tout court, c'est-à-dire des états dont le dénominateur commun demeure la douleur physique. Comme on peut s'en rendre compte, les symptômes qui caractérisent la maladie et leur degré de gravité ne se superposent pas toujours aux données de la psychiatrie moderne. Les critères pour juger de l'évolution sont également tributaires des croyances locales. Du degré de tolérance du groupe vis-à-vis des symptômes cardinaux et de leur évolution dépendront donc la satisfaction de la famille par rapport au traitement médicamenteux et partant son observance. L'appréciation de la " guérison " est surtout du ressort de la famille et c'est aussi un autre point de désaccord entre la clinique psychiatrique moderne et la tradition. On peut être guéri du fait de la disparition d'une agitation violente généralement mal tolérée alors que persiste un fond délirant à mécanisme hallucinatoire ou des éléments sémiologiques de la série dissociative.

Il n'est pas rare de constater à l'instar du cas de Tibo, des familles se réjouir des effets secondaires du neuroleptique retard tels la stimulation de l'appétit, la prise de poids et l'hypermnie alors qu'au même moment le patient sombre dans une détérioration intellectuelle massive. Si certains effets secondaires des neuroleptiques peuvent constituer des facteurs favorisant la non observance du traitement (BLONDIAUX *et al.*, 1988, 1994 ; OLIVIER-MARTIN, 1986), d'autres peuvent paradoxalement constituer des motifs de satisfaction.

Dans ce genre de situation où les deux logiques traditionnelle et moderne s'opposent, le médecin n'a évidemment pas une marge de manoeuvre considérable.

A travers notre cas clinique n°1, transparait l'importance de l'éducation des parents dans la prise en charge du schizophrène, en tenant compte de leur croyance. Certains auteurs (JEFFRIES, 1995 ; RAZALI et YAHYA, 1995) préconisent à cette fin, des programmes d'éducation des parents afin qu'ils puissent eux-mêmes superviser le traitement de leur malade.

2. La fonction du médicament dans le système de pensée traditionnelle

D'une manière générale en psychiatrie, plusieurs aspects de la relation médecin-malade interviennent dans l'observance du traitement (SCHMITT et MORON, 1992) : la dimension chamanique du médecin, sa puissance de conviction dans l'efficacité du traitement, sa connaissance du rôle de la pensée magique, sa considération envers le patient pris en partenaire. Or, dans le contexte de notre étude, la logique médicale se trouve parfois en opposition avec la logique populaire, réduisant considérablement la capacité de persuasion du médecin. Tout comme la psychiatrie moderne reconnaît au neuroleptique une action réductrice des symptômes psychotiques, la médecine traditionnelle accorde la thèse de l'incapacité du traitement moderne en général à venir à bout de la maladie mentale. De ce point de vue, le médicament ne peut que constituer un traitement purement symptomatique, la cause de la maladie relevant de la médecine traditionnelle.

Ce qui va justifier dans nombre de cas, une double demande de prise en charge, médicale et traditionnelle. Si l'information du malade et son entourage contribue à améliorer le niveau d'adhésion (BLONDIAUX *et al.*, 1994), le médecin n'a pas toujours la possibilité de changer certaines croyances. Certains tradipraticiens inculquent aux malades et à leurs familles, l'idée d'une incompatibilité entre la thérapie traditionnelle et la thérapie moderne. RAZALI et YAHYA (1995) soulignaient également l'influence des guérisseurs traditionnels dans la non compliance au traitement moderne. C'est en définitive le malade et son entourage qui vont décider d'adhérer aux dires du médecin ou à ceux du tradipraticien. Dans le cas de Tibo, c'est la logique traditionnelle qui a prévalu à un moment donné, avec pour conséquence une mauvaise observance de notre prescription.

3. Les rôles et statuts antérieurs ou conférés par la maladie

Les rôles et statuts antérieurs ou conférés par la maladie constituent également un des facteurs influençant l'observance thérapeutique. Or, statuts et rôles sont fonction de la structuration sociale. Notre patient Ali a acquis dans sa famille, le statut de " malade mental ", locution déjà très péjorative dans les croyances populaires. En raison du nombre élevé de frères et soeurs dans la famille, chaque individu pris isolément ne représente pas grand chose aux yeux du père, seul détenteur des richesses. Avec la maladie, Ali " ne sert plus à rien " et sa mère, sans ressources spécifiques, ne fait pas non plus partie des épouses préférées.

Et comme dans la plupart des pays en développement, les charges financières liées au traitement incombent au malade et/ou à sa famille, dans le cas d'espèce seul le père peut décider. Il serait surtout faux de ramener les difficultés d'observance du traitement exclusivement à des conditions économiques défavorables. Certaines études (RAZALI et YAHYA ,1995) ont du reste établi que la compliance n'était pas associée au statut socio-économique. Dans le contexte culturel de notre travail, bien qu'il soit difficile d'établir une hiérarchie des valeurs au sein du lignage, il existe incontestablement une différence dans le degré de l'engagement de la famille à consentir des efforts physiques et financiers à la prise en charge du malade.

Le cas de Ali est probablement une situation commune à plusieurs sociétés africaines, où l'enfant peut être un objet banal pour autant que l'on dispose d'un nombre important. C'est aussi une des facettes déplorables des familles nombreuses en Afrique.

CONCLUSION

Le degré d'adhésion des malades aux prescriptions médicales est fonction de plusieurs paramètres plus au moins difficiles à maîtriser. Le rôle que joue l'entourage dans ce comportement est capital dans le cas de la prise en charge médicamenteuse de pathologies chroniques comme la schizophrénie.

En somme, l'alliance thérapeutique dans notre contexte d'exercice est parfois une gageure ; elle est soumise à des aléas qui ne sont pas toujours identifiables au cours de l'examen clinique.

BIBLIOGRAPHIE

1. - ALVIN P., REY C., FRAPPIER J.Y. : *Compliance thérapeutique chez l'adolescent malade chronique*. Arch. Pediatr. 1995;2:874-882.
2. - BLONDIAUX I, ALAGILLE M., GINESTET D. : *L'adhésion au traitement neuroleptique chez les patients schizophrènes*. Encéphale 1988;14:431-438.
3. - BLONDIAUX I, ALAGILLE M., GINESTET D. : *L'adhésion au traitement biologique en psychiatrie*. EMC (Paris), Psychiatrie, 37860-A50, 1994,3p.
4. - CHAMBON O., MARIE-CARDINE M., TERRA J.L., COROT P. : *Etude rétrospective comparative des traitements neuroleptiques d'action prolongée et des traitements neuroleptiques par voie orale dans les psychoses au long cours*. Encéphale 1988; 14:293-297.
5. - FRANK A.F., GUNDERSON J.G. : *The role of therapeutic alliance in the treatment of schizophrenia*. Arch. Gen. Psychiatry 1990;47:228-236.
6. - HANTOUCHE E., GOISET M., OLIE J.P. : *Non observance d'un traitement antidépresseur*. Synapse 1989;51:71-78.
7. - HUGUET E. : *Evolution de la notion d'observance*. Psychol. Med 1986; 18:1887-1891.
8. - JEFFRIES J.J. : *Working with schizophrenia : a clinician's personal experience*. Can. J. Psychiatry 1995;40, (suppl 1) : S22-25.
9. - MYERS E.D., BRANTHWAITE A. : *Out-patient compliance with antidepressant medication*. Br. J. Psychiatry 1992;160:83-86.
10. - OLIVIER-MARTIN R. : *Facteurs psychologiques, observance et résistance aux traitements antidépresseurs*. Encéphale 1986;12:197-203.
11. - RAZALI M.S., YAHYA H. : *Compliance with treatment in schizophrenia : a drug intervention program in a developing contry*. Acta Psychiatr. Scand 1995;95:331-335.
12. - SCHMITT L., MORON P. : *Observance du traitement en psychiatrie*. EMC (Paris), Psychiatrie, 37860-A60,1992,2p.
13. - SELLWOOD W., TARRIER N. : *Demographic factors associated with extreme non-compliance in schizophrenia*. Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol 1994;29:172-177.