

PSYCHOEDUCATION DES PARENTS DE PATIENTS SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE SUIVIS AU CNHUP DE COTONOU (BENIN)

GANSOU GM¹, **KLIKPO T EE**, AZA-GNANDJI GG², FIOSSI KPADONOU E², EZIN HOUNGBE J²

1. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou, Bénin.

2. Département de Santé Mentale, Faculté des Sciences de la Santé, Université d'Abomey Calavi et Centre National Hospitalier et Universitaire HKM, Cotonou, Bénin.

Auteur correspondant : Grégoire Magloire GANSOU, 03 BP 1890 Cotonou Email : gregansou@gmail.com Tél. : (229) 97 32 86 78

RÉSUMÉ

La prise en charge des malades mentaux nécessite d'intégrer leur famille dans l'équipe soignante. Ce travail montre l'intérêt de la psychoéducation dans la prise en charge des patients souffrant de schizophrénie. 40 parents de patients souffrant de schizophrénie ont bénéficié par groupes fermés de 10 du programme Profamille dans le but d'accroître l'efficacité de la prise en charge. Des modules psychoéducatifs leur ont été proposés. 72,5% des participants étaient de sexe féminin. Pour tous les groupes réunis 45% ont débuté et terminé les séances. Pour 49,12% des participants les causes de la schizophrénie sont d'ordre culturel. Leurs premières réactions face à la maladie sont tardives et les troubles anxiodépressifs représentent les principales répercussions de la maladie. L'application de ce programme a permis de discuter des croyances sur la maladie, d'accroître le niveau de connaissance des parents sur la schizophrénie, de leur faire acquérir des compétences pour y faire face. Le programme profamille permet d'accroître l'efficacité thérapeutique.

Mots-clés : schizophrénie, psychoéducation, programme profamille, processus de soin

SUMMARY

The care of the mental sick requires to integrate their family into the medical team. This work shows the interest of psychoeducation in the management of schizophrenics. 40 parents of schizophrenics benefited by groups closed by 10 of the program profamille in order to increase the efficiency of care. The various psychoeducatif modules have been proposed to them. 72.5% of the participants were female. For all the gathered groups, 45% began and ended the sessions. For 49.12% of the participants the causes of schizophrenia are of cultural order. Their first reactions in front of the disease are late and the anxiodépressifs disorders represent the main repercussions of the disease. The application of this program allowed to discuss beliefs about the disease, to increase parents' knowledge of the schizophrenia, and to make them acquire skills to face it. The profamily program allows to increase the therapeutic efficiency.

Keywords: schizophrenia, psychoeducation, Profamille program, care process

INTRODUCTION

La schizophrénie est une maladie grave qui touche 1% de la population [6]. Les malades ne sont pas les seuls à en souffrir ; les familles sont aussi durement affectées. Elles s'épuisent et perdent une partie de leur capacité à aider, ce qui accroît les coûts de prise en charge [8]. Pour améliorer la santé des malades et aider leur famille à mieux y faire face, le programme psycho

éducatif profamille conçu par le Professeur Canadien Hugues Cormier en 1987 est mis en place dans de nombreux pays et donne des résultats satisfaisants [9]. Dans notre étude, nous présentons les résultats de l'évaluation de l'application de ce programme chez des proches de patients souffrant de schizophrénie suivis au Centre National Hospitalier et Universitaire de psychiatrie (CNHUP) de Cotonou au Bénin.

1-MÉTHODE

Cette étude a été réalisée au CNHUP de Cotonou au Bénin. Le choix de cet hôpital comme cadre d'étude s'explique par le fait qu'il est le seul hôpital national de psychiatrie que compte le Bénin. Parmi les patients qui y sont traités se trouve un grand nombre des patients souffrant de schizophrénie qui ont pour garde malades des proches parents.

Il s'est agi d'une étude transversale séquentielle de 3 mois par an (juin à août) qui s'est déroulée de 2013 à 2016 et qui a porté sur des parents de patients souffrant de schizophrénie qui suivent ou ont suivi des soins en hospitalisation. Chaque année, dix parents ayant accepté de participer à cette thérapie de groupe ont été retenus. La population cible était constituée des parents des malades suivis dans le centre. La population source était composée des parents de malades suivis pour schizophrénie. L'échantillonnage était non probabiliste et le sondage empirique. Des séances d'information ont été organisées pour informer les accompagnateurs de la tenue de la psychoéducation dans le but d'alléger leur peine et de rendre leur quotidien plus confortable. Les accompagnateurs ont été invités à s'inscrire volontairement et le recensement a été fait sur la base de critères d'inclusion et de non inclusion

* Critères d'inclusion

- Etre membre de la famille du patient
- Connaitre le patient et cohabiter avec lui
- Etre garde malade du patient
- Etre motivé à suivre la psychoéducation

*Critères de non inclusion

- Ne pas être membre de la famille du patient
- Ne pas donner son consentement éclairé

Les variables étudiées concernaient les facteurs sociodémographiques, l'évaluation des connaissances sur les manifestations de la schizophrénie, ses causes, son traitement, ses répercussions sur l'entourage, et les croyances liées à cette maladie.

Au terme de l'échantillonnage, la population d'étude a comporté 40 sujets répartis en 4 groupes soit un groupe de 10 parents par an ; chaque groupe fonctionnant comme un « groupe fermé ». Les séances étaient hebdomadaires et le total des séances programmées pour chaque groupe était de 12 pour rester conforme à l'outil de travail utilisé le programme profamille. Au total 48 séances ont été réalisées ; chaque séance durant 2 heures. Le programme profamille se décline en 9 chapitres et représente un total de 24 heures d'enseignement dispensé aux proches de patients

schizophrènes [9]. Il comprend trois grandes parties :

- Une première partie pour connaître la maladie, ses causes, ses manifestations et son traitement ;
- Une deuxième partie qui traite de comment gérer les émotions, la culpabilité, la souffrance ;
- La troisième partie a trait au développement des ressources nécessaires pour faire face à la maladie. Une réunion préalable de motivation est faite sur l'intérêt du programme.

Le plan, de déroulement des séances établies, comportait 4 grandes étapes :

I- Réunion préalable de motivation

Séance 1 : présentation du programme et intérêt

II- Education à la maladie

Séance 2 : connaître la maladie

Séance 3 : connaître la maladie

Séance 4 : connaître son traitement

Séance 5 : connaître son traitement

Séance 6 : révision et approfondissement des séances 2, 3, 4 et 5

III- Vivre avec la maladie

Séance 7 : technique de résolution des problèmes

Séance 8 : technique de résolution des problèmes

IV- Gestion des émotions

Séance 9 : gestion du stress au quotidien

Séance 10 : relaxation (Jacobson)

Séance 11 : restructuration cognitive

Séance 12 : révision et approfondissement des séances 9, 10 et 11

Seules les étapes I et II ont pu être effectuées. Les données étaient recueillies manuellement.

Cette étude présente deux principales limites :

- 1) La période assez courte de sa réalisation et la taille de l'échantillon réduite. Il n'a pas été facile de constituer des groupes fermés de parents à cause de leur indisponibilité.
- 2) Les étapes III et IV du programme n'ont pu être effectuées à cause de leur complexité.

2. RÉSULTATS

L'approche quantitative concerne le sexe, les groupes, les séances de thérapie, les causes de la maladie, la connaissance des médicaments utilisés, les réactions des parents et les répercussions de la maladie sur les parents.

2.1. Répartition des participants selon l'âge

Tableau I : Répartition des participants selon le sexe.

	N	%
Femme	29	72,5%
Homme	11	27,57%
Total	40	100 %

2.2. Répartition des participants par groupe et par séance

Tableau II : Répartition des participants par groupe et par séance

Groupe	1 ^{ère} Séance	2 ^{ème} Séance	3 ^{ème} séance	4 ^{ème} séance	5 ^{ème} séance	6 ^{ème} séance	7 ^{ème} séance	8 ^{ème} séance	9 ^{ème} Séance	10 ^{ème} séance	11 ^{ème} séance	12 ^{ème} Séance
1 ^{er} Groupe	8	5	4	4	5	2	2	0	3	2	2	2
2 ^{ème} Groupe	7	4	4	5	3	2	1	2	3	1	3	3
3 ^{ème} groupe	7	5	1	2	0	3	3	2	4	2	1	3
4 ^{ème} groupe	6	5	2	2	2	3	1	0	1	1	3	1

2.3. Répartition des participants selon le nombre ayant pris part à toutes les séances de thérapie

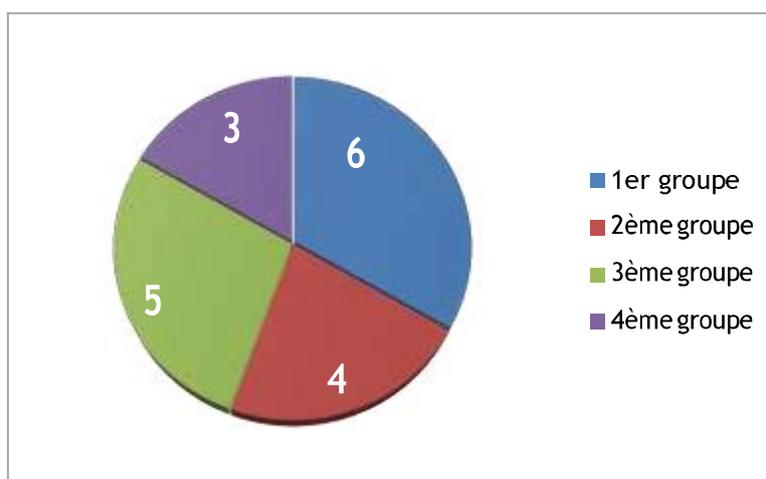


Figure n°1 : Répartition des participants selon le nombre ayant pris part à toutes les séances.

2.4. Les causes de la maladie selon les participants

Les causes citées par les participants sont regroupées dans la figure 2

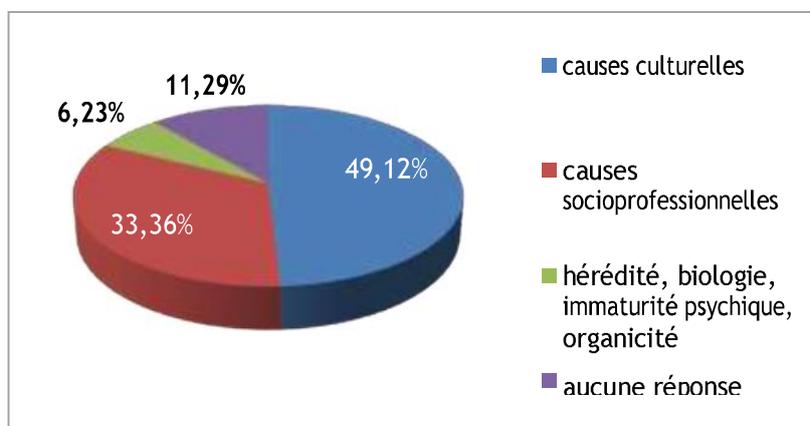


Figure n°2 : Causes de la maladie selon les participants

2.5. Répartition des participants selon la connaissance des médicaments utilisés

71,42% ont déclaré avoir connaissance des médicaments prescrits contre 28,57% qui n'en ont aucune connaissance. Les principaux médicaments cités par les participants sont les suivants : halopéridol, chlorpromazine, amitriptyline, trihexiphénidyle, alprazolam, diazépam, carbamazépine.

2.6. Réactions des parents face à la maladie

Tableau IV : Premières réactions des parents face aux signes précurseurs

	N	%
Proposition 1*	6	15
Proposition 2**	7	17,50
Autres propositions (conduire le patient à l'hôpital)	9	22,50
Attente du déclenchement de la crise	18	45
Total	40	100

* « Je tente de parler au malade des symptômes précurseurs que j'ai observés, et lui conseille de consulter le médecin »

** « Comme le malade refuse de se rendre à l'hôpital, et que je suis sûr qu'une crise se prépare, je prends moi-même contact avec le médecin ou la clinique, sans l'accord préalable du malade, et je lui fais part de mes observations et de mes craintes »

2.7. Répercussions de la maladie sur les parents

Tableau V : Principales répercussions de la maladie du patient sur leurs proches

	N	%
Anxiété	40	100
Inquiétude	30	75
Dépression	21	52,50
Modification du caractère (colère/irritabilité)	19	47,50
Culpabilité	8	20

Quant à l'approche qualitative, les modules de psychoéducation, les échanges entre participants étaient d'un grand intérêt dans l'acquisition des connaissances sur la schizophrénie et des moyens de gestion des comportements problèmes et des émotions liés à la maladie.

Quelques exemples de propos ci-dessous recueillis auprès des participants en sont une illustration :

- « J'ai compris que la maladie de ma sœur n'est pas une fatalité... le traitement et le suivi réguliers permettront d'améliorer l'évolution »

- « Je ne croyais pas que cette maladie pouvait se stabiliser grâce au traitement de l'hôpital...Je suis passé chez plusieurs guérisseurs et exorcistes déjà »

- « J'ai l'assurance que je parviendrai à de meilleures relations avec ma maman »

- « Depuis le début de la maladie de mon enfant j'étais très inquiète et soucieuse. Aujourd'hui, j'ai la conviction que j'arriverai à mieux gérer mes sentiments »

3-DISCUSSION

Plusieurs modalités de thérapie de groupe existent. Elles sont utilisées en fonction de la pathologie en présence (anxiété sociale, anxiété généralisée, troubles du comportement, troubles de la personnalité) et répondent à des exigences bien précises : « programme thérapeutique défini à l'avance, durée et fréquence des séances préétablies, utilisation de techniques thérapeutiques spécifiques » [11].

Dans notre étude, nous avons eu à faire électivement à des groupes restreints fermés de 10 participants et dont le nombre de présence effective au début de la psychoéducation a varié entre un minimum de 6 et un maximum de 8. Si pour certains auteurs « il vaut mieux qu'un groupe psychothérapeutique soit fermé plutôt que ouvert » [10], pour d'autres « il n'existe pas d'études contrôlées ayant déterminé l'efficacité supérieure d'une modalité de fonctionnement sur l'autre » [2]. Parfois la difficulté au recrutement amène à couper la poire en deux : on constitue un groupe lentement ouvert « slow open group », dans lequel le thérapeute admet de nouvelles personnes au fur et à mesure que des départs se produisent.

Si au départ notre intention était de procéder par groupe ouvert, c'est la difficulté rencontrée au recrutement et la fluctuation de l'effectif des participants, observée pendant le déroulement des séances qui nous ont fait abandonner cette formule, au profit de celle de groupe fermé. Par ailleurs, moins de la moitié (soit 45%) des participants ont effectivement pris part à toutes les séances programmées. L'irrégularité aux séances s'explique par des difficultés liées aux situations

géographiques et aux conditions économiques précaires des participants. Indépendamment des coûts déjà élevés du traitement qui est entièrement à la charge de la famille, la psychoéducation engendrait des frais supplémentaires et il a été nécessaire de revoir à la baisse le montant de participation pour atteindre ce pourcentage

D'un point de vue socioculturel la maladie ne paraît pas comme un événement isolé mais comme un fait social dont l'expression est construite selon les représentations prédominantes du malheur, de la vie, de la mort. La maladie entraîne toujours la formulation de questions ayant trait à ses causes et encore plus à son sens : « pourquoi moi », « pourquoi lui », « pourquoi ici », « pourquoi maintenant ». Ces questions exigent une interprétation qui dépasse le corps individuel et le diagnostic médical. La réponse qui y est faite excède la recherche de causes et devient quête de sens [1].

Il en découle des systèmes de soins qui rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie : croyances étiologiques, itinéraires thérapeutiques, statuts et rôles légitimés socialement. Ces modèles de soins permettent de considérer le malade comme une personne en lutte avec des forces hostiles ou des forces mystiques et qui est porteur d'une vérité plus grande, vérité qui lui était révélée par la folie. Une fois le diagnostic posé, le sens de la maladie déterminé, prend place la thérapeutique. Les traitements des affections plus compliquées comme la maladie mentale où la détermination de la causalité est essentielle sont du ressort de spécialiste détenteurs d'un savoir secret et transmis selon des règles et des modalités précises. Ainsi il peut s'agir de réparer une transgression, d'amadouer des esprits fâchés, de rétablir un équilibre dans le corps ou dans l'environnement, de purifier le corps, de faire des offrandes aux ancêtres, d'expulser la maladie du corps, de payer une dette, de faire des protections, autant de pratiques dont la recherche explique l'itinéraire thérapeutique suivi par les patients et leurs familles [12]. Le traitement prescrit répond donc à la question de sens posé par l'événement maladie [1].

Il ressort de la présente étude que 49,12% des personnes interrogées attribuaient la schizophrénie à des causes culturelles (démon, colère des Dieux, sorcellerie, transgression des tabous, envoutement) d'où leur difficulté à adhérer aux thérapeutiques modernes. Comme le disait Henri Collomb [4], la maladie n'est pas le résultat d'une situation qui implique l'individu dans son organisation personnelle face à un événement...La maladie vient d'ailleurs. Cet ailleurs peut être considéré comme le médiateur qui voile ce qui

ne peut être directement révélé. C'est pourquoi aucune thérapeutique dans la tradition africaine n'est conçue et pratiquée sans la participation des esprits : esprits des ancêtres, esprits des religions traditionnelles, manifestations diverses du sacré et du transcendantal. Il s'agit de rituels thérapeutiques impliquant non seulement la personne atteinte, mais aussi son entourage dans une démarche communautaire qui part du principe selon lequel la maladie n'est jamais l'affaire d'une seule personne. Les rituels ont donc un sens profond et agissent à travers des actions, des paroles et des objets.

C'est dire au vu de ce résultat que les changements sociaux apportés par le modernisme ou les religions importées n'ont pas encore affecté sérieusement cette conception de la maladie mentale et sa prise en charge en Afrique

L'objectif principal d'une intervention en psychoéducation sera d'améliorer la qualité de vie du patient et de ses proches. L'ensemble des interventions qui pourront se faire en suivi individuel ou en groupes aura pour principe qu'apporter une connaissance sur les troubles et ses conséquences aux malades et à leurs proches, permet de réduire le nombre et la durée des hospitalisations, d'autonomiser la gestion quotidienne de la maladie [3]. Dans la présente étude, l'évaluation des connaissances des participants sur la schizophrénie et la qualité de leur relation avec le malade a permis de constater que les premières réactions des parents face à la maladie tardent à venir. Ces derniers attendent dans la souffrance, le déclenchement de la crise pour réagir. Tous ont déclaré être anxieux et le pourcentage important de dépression observé (52,50%) correspond aux données de la littérature [8], et confirme l'intérêt d'une intervention psychoéducative pouvant améliorer l'humeur des familles. Dans une étude réalisée en 2010 sur 32 proches de malades, les plaintes des aidants familiaux concernant leur propre état de santé étaient similaires à celle d'un groupe contrôle cinq à dix ans plus âgé [7]. De nombreux travaux ont montré l'augmentation du fardeau porté par la famille des patients souffrant de schizophrénie [5]. Dans la schizophrénie qui reste un handicap lourd, il est important de rencontrer la famille du malade régulièrement et pas seulement si elle se présentait spontanément sachant que le niveau d'émotion exprimé dans les familles est le facteur prédictif de rechute du patient le plus important après l'arrêt du travail [13].

CONCLUSION

Au vu des résultats de la présente étude, un programme psycho éducatif apparaît nécessaire pour renforcer la

prise en charge thérapeutique des patients souffrant de schizophrénie. L'approche psychoéducative des familles a un impact positif sur leur humeur, leur qualité de vie et l'évolution du malade. C'est l'occasion aussi de rassembler des familles vivant des expériences semblables, de leur donner la possibilité de créer des liens entre elles, de faciliter la réinsertion socio familiale des patients, et enfin de lutter contre les préjugés sur la maladie mentale, la stigmatisation et la discrimination des malades mentaux.

REFERENCES

- 1- **Baubet T, Moro MR.** Psychopathologie transculturelle. 2ème édition. Elsevier Masson ; 2013 : 304p
- 2- **Bleandonu G.** Psychothérapie de groupe autre que le psychodrame. *Encycl.Med-chir, Paris, France, Psychiatrie, 37817 A10, 5-1989 ;7p*
- 3- **Chapelle F, Monié B, Poinot R, Rusinek S, Willard M.** Aide-mémoire de thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod ; 2011 : 320p
- 4- **Collomb H.** De l'ethnopsychiatrie à la psychiatrie sociale. *Revue canadienne de psychiatrie 1979 ; 22 : 459-69*
- 5- **Faden G, Bebbington P, Kuipers L.** The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient's family. *Br J psychiatry 1987; 150: 285-92*
- 6- **Guyotat J, Chanoit PF, Kovess V et al.** Epidémiologie et Psychiatrie. *Confrontations psychiatriques. Paris, 1994 ; (35) : 7-367.*
- 7- **Hodé Y.** Prise en charge des familles de patients schizophrènes. *Annales médicopsychologiques 2011 ; 169 : 196-9*
- 8- **Hodé Y, Krychowski R, Beck N, Vonthron R.** Effet d'un programme psychoéducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie. *Journal de thérapie comportementale et cognitive, 2008 ;18(3) : 104-7*
- 9- **Huentz M, Vonthron R.** Profamille en action. *Santé mentale juin 2011 ; 159 : 64-7*
- 10- **Mirabel –Sarron CH, Vera L.** Techniques de thérapie comportementale. *Encycl.Med-chir. (Paris-France). Psychiatrie, 37820 A45, 5-1997 ; 7p*
- 11- **Samuel-Lajeunesse B, Mirabel –Sarron CH et al.** Manuel de thérapie comportementale et cognitive. Paris : Dunod ; 1998 ; 434p

12- Tognidè M, Klikpo E, Gansou M et al. Itinéraire thérapeutique des malades mentaux reçus dans le service de psychiatrie du CNHU HKM de Cotonou, Bénin. *Le Bénin Médical* 2010 ; 45-46 : 29-35

13- Vaughn c, Leff J. The measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients. *Br J Soc Clin psycho.* 1976; 2: 157-65