

Étude de la vulnérabilité et des facteurs de risque à la schizophrénie à Antananarivo, Madagascar

Vulnerability and risk factors study of schizophrenia in Antananarivo, Madagascar

I. Rafehivola (1), B. Rajaonarison (2), A. Raharivelo (1)*

(1) Service de Psychiatrie, Hôpital Joseph Raseta Befelatanana, CHU d'Antananarivo

(2) Section Santé Mentale de L'Etablissement Universitaire de Soins et de Santé Publique d'Analakely, Antananarivo

Résumé

La vulnérabilité et les facteurs de risque à la schizophrénie ont fait l'objet d'une étude rétrospective, prospective et analytique à partir de 56 cas colligés dans l'USFRP du CHU JR Befelatanana, durant une période qui va du 1er Août 2010 au 31 Août 2011. L'objectif de cette étude était d'analyser les aspects épidémiologiques de la schizophrénie, la vulnérabilité et les facteurs de risque à la schizophrénie. Au terme de ce travail, nous pouvons retenir les points suivants: une prédominance des sujets de sexe masculin (64,29%) où le début de la maladie est plus précoce (entre 15 et 25 ans pour 66,67%) que chez les femmes (entre 25 et 35 ans pour 50%); l'âge de début de la schizophrénie est plus tardif en milieu rural où le tempérament schizoïde prédomine; l'aîné d'une fratrie est le plus fréquemment concerné (42,86%); le déroulement de la grossesse de la mère et le déroulement de l'enfance du sujet influent, de façon importante, sur la survenue ultérieure d'une pathologie schizophrénique: il peut être mentionné, entre autres, l'infection virale intra-utérine (89,29%), le stress maternel prénatal (83,93%), une mère surprotectrice (71,43%), une famille vivant intensément les émotions (78,57%), une famille aux exigences sociales élevées (60,71%); le deuil représente l'événement de vie, facteur déclenchant des troubles, pour le tiers des patients étudiés.

Mots clés: schizophrénie, épidémiologie, vulnérabilité, facteurs de risque, Antananarivo, Madagascar

Abstract

Vulnerability to schizophrenia and risk factors are studied in a retrospective, prospective and analytical approach from the cases of 56 subjects with schizophrenia collected from the register of the Psychiatry Unit of Befelatanana Teaching Hospital, over a 13 months period (August 1st, 2010 - August 31st, 2011). The aim of the study was to analyze the epidemiological aspects, the vulnerability to schizophrenia and the risk factors. The following points can be deducted from the study, male patients were more affected (64.29%). The schizophrenia onset age in rural area is later than that in urban area, where schizoid temperament predominates; the elder among sisters and brothers are the most affected (42.86%); the pregnancy development and that of his/her childhood have an important influence on a later happening of a schizophrenic pathology: intra-uterine viral infection (89.29%), mother's stress during pregnancy (83.93%), an overprotective mother (71.43%), a family which intensively lives emotions (78.57%), a family which requires to its members high social manners (60.71%) are among the disorders factors; bereavement is the trigger event of the mental disorders for the third of the studied subjects.

Key words: schizophrenia, epidemiology, vulnerability, risk factors, Antananarivo, Madagascar

Introduction

La schizophrénie appartient au groupe des psychoses chroniques. Elle existe depuis que l'homme existe et la description des symptômes est retrouvée dans des textes anciens datant de 2500 avant notre ère.

Actuellement, la schizophrénie a une prévalence globale de 0,3 à 0,7% [1]. L'incidence semble équivalente à travers le globe et ne semble pas avoir évolué durant le dernier demi-siècle. L'incidence annuelle moyenne est 15 nouvelles maladies pour 100 000 personnes [2].

Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude prospective, descriptive, sur une période de un an, allant du 1er Août 2010 au 31 Août 2011 dans le service Psychiatrie du Centre Hospitalier Joseph Raseta Befelatanana d'Antananarivo. Etaient inclus tous les patients ayant un diagnostic de schizophrénie selon les critères du DSM-IV-TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) et admis pour une décompensation.

Etaient exclus tous les patients dont le dossier est incomplet ou inexploitable.

Les paramètres étudiés étaient les caractéristiques sociodémographiques, cliniques des patients. Nous entendons par substance psycho-active: toute substance qui interfère dans le fonctionnement du système nerveux central; milieu pathologique: un milieu caractérisée par la survenue ou la présence d'un événement difficile interférant de façon néfaste dans le développement et/ou le fonctionnement psychique; tempérament schizoïde: un comportement d'un individu qui manque d'intérêt pour les relations sociales; faible intégration sociale: une difficulté à nouer des liens sociaux; événement de vie stressant: toute situation ou fait survenant de façon brutale et soumettant l'individu à une agression émotionnelle; acculturation: un ensemble de phénomène résultant du contact continu et direct entre des groupes d'individus de cultures différentes et qui entraîne des modifications dans les modèles culturels initiaux; état pré-morbide: l'état du sujet antérieur à la maladie.

La collecte des données et informations ayant servi à l'établissement des diagnostics s'est basée sur l'interrogatoire du malade et de son entourage immédiat.

L'utilisation du tableur Excel a permis d'établir les tableaux et les figures présentant les résultats de l'exploitation des données

Résultats

Mille trois cent vingt-cinq patients figuraient dans le registre d'admission de l'USFR de Psychiatrie du 1er Août 2010 au 31 Août 2011. Sur ces 1325 patients, 56 cas de schizophrénie (4,23%) ont été retenus. Le nombre de patients schizophrènes avait augmenté à partir du mois de Mars avec un pic au mois de Mai.

La proportion des hommes (64,29%) était plus importante que celle des femmes. Au moment de l'hospitalisation pour décompensation, le genre masculin était

plus nombreux que le genre féminin pour la tranche d'âge de 25 à 35 ans.

L'âge de début des troubles se situait dans la majorité des cas (55,36%) dans la tranche d'âge de 15 à 25 ans. Il était compris entre 15 et 25 ans dans 24 cas sur 36 chez l'homme et pour la moitié des cas entre 25 à 35 ans chez la femme.

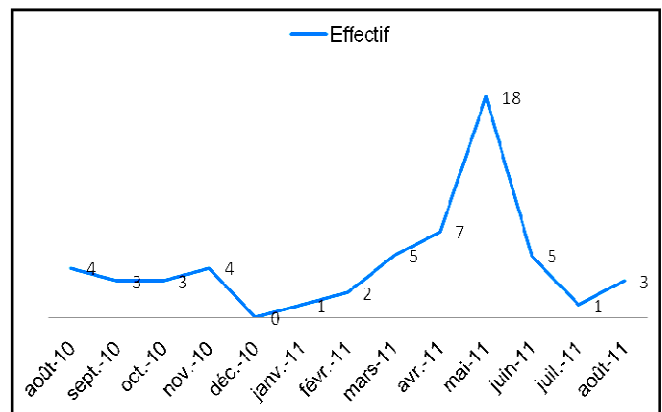


Figure 1. Répartition des patients schizophrènes vus au Service de Psychiatrie de l'HJRB selon les mois de l'année (n=56).

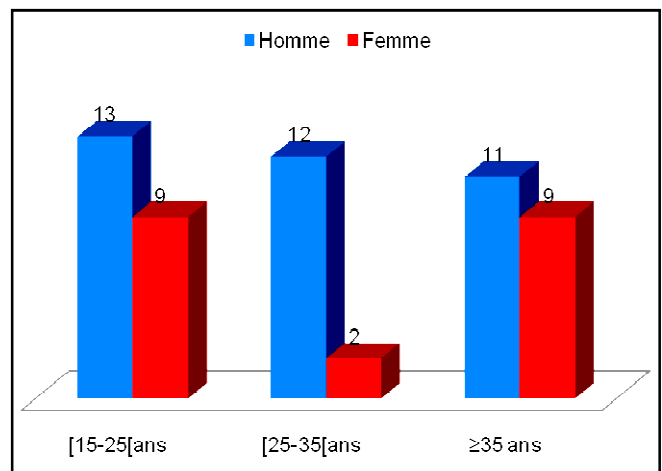


Figure 2. Répartition des patients schizophrènes vus au Service de Psychiatrie de l'HJRB selon l'âge et le sexe au moment de l'hospitalisation pour décompensation (n=56).

Les paramètres socio-démographiques sont résumés dans le tableau 1.

La fièvre durant la première médiane de la grossesse de la mère du patient a été retrouvée dans 89,29% des cas.

La dépression maternelle et l'anxiété maternelle prénatale n'ont été retrouvées que dans 16,07% des cas. L'anxiété maternelle prénatale a été retrouvée dans 83,93% des cas.

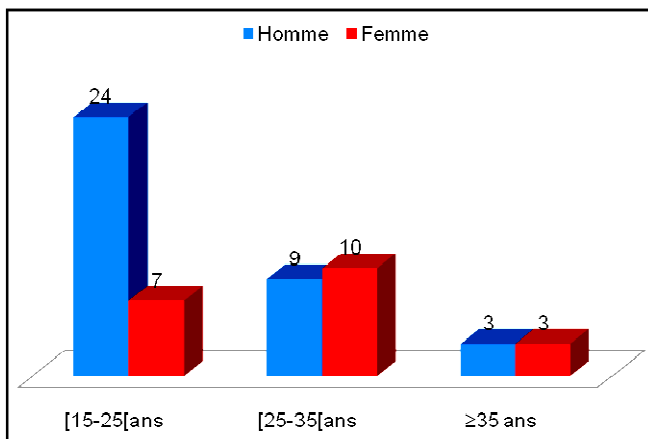


Figure 3. Répartition des patients schizophrènes vus au Service de Psychiatrie de l'HJRB, selon l'âge de début de la maladie et le sexe (n=56).

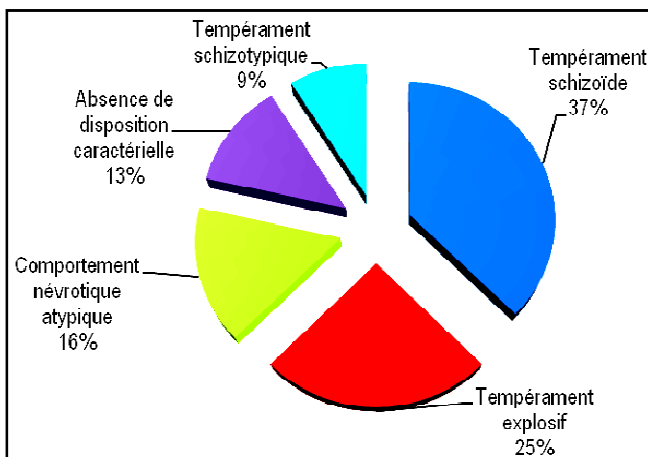


Figure 4. Répartition des patients schizophrènes vus au Service de Psychiatrie de l'HJRB selon la disposition caractérielle (n=56).

L'absence d'exposition intra-utérine à une substance psycho-active a été retrouvée dans 73,21% des cas. Il n'y avait pas de complications obstétricales dans 76,79% des cas.

La naissance de nos patients a eu lieu durant la saison froide et sèche dans 51,79% des cas et en milieu urbain dans 76,79% des cas.

La majorité des patients schizophrènes ont appartenu à une famille où l'attitude de la mère durant l'enfance du patient était surprotectrice (71,43%), où il y a eu domination du père (71,43%), vivant intensément les émotions (78,57%) et aux exigences sociales élevées (60,71%). Un milieu pathologique n'a été observé que dans 37,50% des cas. Ce milieu était surtout dominé par la perte du père, décès ou séparation (28,57%), et par le divorce des parents (23,81%).

Tableau 1. Répartition des patients schizophrènes vus au Service de Psychiatrie de l'HJRB selon la profession, la religion, les antécédents familiaux et l'âge du père à la conception dudit patient (n=56).

	Effectif (n=56)	Pourcentage (%)
Profession		
Secteur primaire	4	14,81
Secteur secondaire	3	11,11
Secteur tertiaire	20	74,08
Chômeurs	11	19,64
Etudiant	18	32,14
Religion		
Protestante	22	39,29
Catholique	21	37,50
Adventiste	4	7,14
Autres	9	16,07
Nombre de la fratrie		
≤1	4	7,15
[2-4[	32	57,14
≥4	20	35,71
Rang dans la fratrie		
Aîné	24	42,86
Second	12	21,43
Au-delà du second rang	7	12,50
Dernier	13	23,21
Antécédents familiaux de schizophrénie		
Oui	14	25,00
Non	42	75,00
Âge du père au moment de la conception (ans)		
< 20	6	10,71
[20-25[	7	12,50
[25-30[	15	26,79
[30-35[	18	32,14
≥35	10	17,86

L'enfance des parents s'était déroulée en milieu urbain dans 78,57% des cas.

Les patients à tempérament schizoïde représentaient une grande proportion des cas étudiés (21 cas sur 56). La tendance à l'isolement et au retrait en phase prémorbide a été retrouvée dans 64,29% des cas. Un événement de vie stressant a précédé la survenue du trouble dans la même proportion. Le deuil représentait l'événement de vie pour le tiers des patients étudiés.

Une acculturation rapide chez les patients a été retrouvée dans 85,71% des cas. La grande majorité de nos patients (36 cas sur 56) ne consommait pas de cannabis

Discussion

Comme La prévalence hospitalière de 4,23% retrouvée dans notre étude est moindre comparée à une étude menée à Madagascar dans les années 70 [4]. Andriambao *et al*; avait rapporté une prévalence hospitalière de 6,9% à l'Hôpital Général de Tananarive [4].

Le facteur culturel nous semble expliquer au mieux nos résultats. La psychiatrie constitue un domaine encore méconnue et/ou tabous de la population malgache. Rare sont les patients admis en psychiatrie. Le premiers recours est la médecine traditionnelle suivie des pratiques religieuses d' « exorcisme » car les maladies mentales sont attribuées aux forces du mal (sorcellerie, non-respect du « fady », non-respect des ancêtres). De plus comme le fameux proverbe malgache le dit si bien, « Ny adala ny hafa hihomehezana fa ny adala ny tena tafiana lamba » (« On rit le fou de l'autre mais on habille le nôtre »), c'est-à-dire les malgaches auront une tendance à cacher un membre de sa famille atteint d'une maladie mentale. Le facteur financier est également à prendre en compte. L'hospitalisation implique une certaine dépense tandis que les autres « thérapies » sont moins onéreuses.

Un important nombre de nos patients a été recensé en début d'hiver et nés durant l'hiver. La littérature rapporte une implication du virus de la grippe dans la survenue de la schizophrénie [5-8] et l'hiver étant la saison de la grippe [7]. Cette saison pourrait constituer également un facteur de risque à la décompensation.

Autre facteur de risque, l'âge du sujet compris entre 14 et 30 ans [7,9], un moment charnière où le sujet est face à des choix qui nécessitent la mobilisation de ressources psychologiques non sollicitées jusque-là.

L'âge de début des troubles de nos patients, tout comme l'étude multicentrique de l'OMS ou encore l'étude

norvégienne [10,11] est plus tardif chez la femme. La littérature lie cette différence entre les genres à la différence dans le développement cérébral chez le genre féminin et masculin, à une probable influence hormonale (période ménopausique) ainsi qu'à la différence des conséquences sociales propres à la maladie [12].

Il nous paraît toutefois important de souligner que le début de la maladie semble également varier en fonction du milieu de vie de la personne. En effet, l'âge de début est précoce chez les patients citadins de naissances et plus précoce encore chez les ruraux urbanisés. Il est plus tardif en population rurale. Semble-t-il que les ruraux bénéficient d'une vie sans frustration précoce ni contrainte ni conflits importants [4]. L'exposition urbaine pourrait favoriser la survenue de la schizophrénie [3,7,12,13], une hypothèse confirmée par les antécédents d'exposition urbaine, durant l'enfance, retrouvée.

Quant à la prédominance masculine [1,4], le rang d'aîné dans la fratrie [12], le niveau de vie socio-économique pauvre [14] et la pratique de la religion conventionnelle chrétienne [15], les données de la littérature. Le nombre de fratrie à laquelle appartient notre population d'étude est à l'opposé de ce qui est retrouvé dans la littérature [12]. Une famille malgache est habituellement une grande famille car les enfants sont une marque de richesse. Un enfant unique est rarement retrouvé. Les facteurs socio-environnementaux interviennent, en interaction avec les facteurs génétiques. Il s'agit de l'interaction pathologique du patient et de sa famille et le milieu où il a grandi [3], comme il est retrouvé dans notre étude: une mauvaise communication intra-familiale [3], les mères « schizophrénogènes » [16], les troubles conjugaux « schizophrénogènes » [17], l'expression inadéquate des émotions, les normes sociales trop rigides [18], les événements de vie stressant [19] tel le deuil est le principal facteur déclenchant retrouvé, les facteurs de stress de type biologique qui sont l'abus de substances principalement psychoactives [14]. Le cannabis est le produit le plus incriminé [4]. Peu sont les patients de notre étude qui en consomment mais toutefois la proportion est significative. Le « fihavanana », fondement de la culture malgache est un facteur protecteur à l'isolement. Il sous-tend une entraide et un soutien de chaque membre de la société, peu importe son origine. Une acculturation est donc rare.

Outre les facteurs de risque, une vulnérabilité à la schizophrénie est également évoquée dans la survenue de la maladie. En premier lieu, intervient l'hypothèse gé-

nétique. Néanmoins, malgré le rôle établi des facteurs génétiques, seulement 10% des schizophrènes sont des formes familiales [12], une proportion non éloignée de celle de notre étude. Quant à l'âge du père, il intervient dans le sens où la mutation des cellules germinales est fréquente à un âge avancé, ce qui augmenterait le risque de survenue de la schizophrénie [7]. Nous ne pouvons toutefois pas conclure dans notre étude à un réel âge avancé des pères de nos patients. L'hypothèse neuro-développementale arrive en second lieu. Les premières phases de développement de l'individu, en particulier le stade fœtal et à l'occasion des interactions précoces avec la mère, sont déterminantes [12]. Les infections virales et les complications obstétricales sont les plus incriminées [21].

Un épisode fébrile a été noté durant la grossesse de la majorité des mères de nos patients ce qui laisse entendre à l'exposition du moins à une infection. Il ne peut être exclu que l'association soit liée à des facteurs non spécifiques liés à l'infection (fièvre, déshydratation, carences nutritionnelles, traitement antipyrétiques...) [14,21]. Concernant les antécédents de complications obstétricales, elles n'ont été retrouvées que chez peu de nos patients. Pour les prises de toxiques, il n'a été noté aucune prise d'hormones de synthèse [22]. Mais bien que moindre, nous avons noté la prise de décoction durant la grossesse, la seconde boisson du malgache de par ses vertus, hérités des ancêtres. À côté de ces facteurs organiques, les facteurs psychiques ne sont pas à minimiser.

Un état anxieux et dépressif durant la grossesse est aussi associé à la survenue ultérieure d'une schizophrénie [9,23]. De par la culture malgache, les femmes enceintes sont considérées très vulnérables sur tous les aspects de la vie, et bénéficient ainsi d'une attention et d'un soutien particulier de la part de leur entourage. Un soutien affectif présent étant un facteur protecteur à la dépression. Néanmoins l'anxiété reste présente chez les mères de nos patients, en lien probable au stress du déroulement de la grossesse mais aussi celui dû aux conditions de vie socio-économique assez bas de notre population d'étude. La grossesse en elle-même est angoissante. Puis en troisième position, la littérature évoque l'hypothèse psychophysiologique et comportementale suggérant des déficits cognitifs à minima ainsi que des états pré-morbide [14]. Ce qui paraît intéressant dans notre étude, est que le tempérament schizoïde prédomine en milieu rural et le tempérament explosif et névrotique en milieu urbain. Nos constats s'opposent à une étude menée dans les années 70, à

Madagascar [5]. Le malgache semble avoir nettement évolué depuis.

Notre étude a été menée sur une période relativement courte de 13 mois et sur un nombre de cas limité et monocentrique. Nos résultats ne peuvent ainsi prétendre être représentatifs de la population générale. Néanmoins, ils peuvent contribuer à améliorer la connaissance de la schizophrénie à Madagascar et à l'élaboration d'études ultérieures.

Conclusion

Le développement d'une schizophrénie paraît être l'aboutissement d'un réseau de facteurs causaux, avec des interactions complexes entre les facteurs de risque génétique, périnataux et tardifs. De par notre étude, les facteurs périnataux étaient les plus impliqués. Nous pouvons agir à titre préventif sur le déroulement de l'enfance afin d'infléchir le pronostic évolutif de la schizophrénie dans un sens plus favorable. Un élargissement de la population d'étude pourrait affiner nos résultats actuels.

Références

1. Bhugra D. The global prevalence of schizophrenia. *PLoS Medicine* 2005; 2 (5): e151.
2. Rössler W. *Epidémiologie de la schizophrénie*. Forum Med Suisse 2011; 11 (48): 885-8.
3. Liorca PM. La schizophrénie. 2004. Disponible sur <https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf> (accès le 12/08/2012).
4. Andriambao D, Rajaonera F, Rakotobe A, *et al.* Les schizophrénies à Madagascar A propos de 42 cas. *Ann Univ Madagascar* 1974; 18-19: 117-30.
5. Laurent A, Halim V, Sechier P, *et al.* Vulnérabilité à la schizophrénie: performances neuropsychologiques et traits de personnalité schizotypique. *Encephale* 2001; 27(1): 173.
6. Kendler KS, McGuire M, Gruenberg AM *et al.* The Roscommon family study. 1. Methods, diagnosis of probands, and risk of schizophrenia in relatives. *Arch Gen Psychiatry* 1993; 50: 527-40.
7. Yolken R. Viruses and schizophrenia: a focus on herpes simplex virus. *Herpes* 2004; 11(Suppl 2): 83A-88A.
8. Conférence de consensus. Schizophrénies débutantes: diagnostic et modalités thérapeutiques. *Inf Psychiatrique* 2003; 79:605-10.
9. Marty F, Chagnon JY. Identité et identification à l'adolescence. *Encycl Méd Chir (Elsevier Paris), Pédiopsychiatrie*, 37-213-A-30, 2006, 11p.
10. Larsen TK, McGlashan TH, Moe LC. First-episode schizophrenia: Early course parameters. *Schizophr Bull* 1996; 22(2): 241-56.
11. Hambrecht M, Maurer K, Hafner H, *et al.* Transnational stability of gender differences in schizophrenia, an analysis based on the WHO study on determinants of outcome of severe mental disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1992; 242: 6-12.

12. Demily C, Thibault F. Facteurs de risque environnementaux à la schizophrénie. *Ann Méd Psychol* 2008; 166: 606-11.
13. Van Os J, Kapur S. Schizophrenia. *Lancet* 2009; 22; 374(9690): 635-45.
14. Schizophrénie et troubles corrélés. *Manuel Merck*, 1999; 193: 1540-90.
15. Kaplan HI, Sadock BJ. Manuel de poche de psychiatre Clinique. Paris: Pradel, 2^{ème} édition, 2005.
16. Sullivan HS. The interpersonal theory of psychiatry. New-York: Norton, 1953.
17. Arieti S. The interpretation of schizophrenia. New-York: Basic Books, 2^{ème} édition, 1974.
18. Olié JP, Gallarde T, Duaux E. Le livre de l'interne en psychiatrie. Paris: Médecin-Sciences Flammarion, 2002.
19. Seltén JP, Cantor-Graae E, Kahn RS. Migration and schizophrenia. *Curr Opin Psychiatry* 2007; 20(2): 111-5.
20. Buka SK, Goldstein JM, Seidman LJ, *et al.* Prenatal complications, genetic vulnerability and schizophrenia: the New England longitudinal studies of schizophrenia. *Psychiatry Ann* 1999; 29: 151-6.
21. Brown AS. Prenatal infection as a risk factor for schizophrenia. *Schizophr Bull* 2006; 32(2): 200-2.
22. Nicola F. La schizophrénie, la reconnaître et la soigner. Paris: Odile Jacob, 2006.
23. Huttunen MO, Niskanen P. Prenatal loss of father and psychiatric disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35(4): 429-31.