

FACTEURS D'UNE BONNE ADAPTATION SOCIO FAMILIALE DES ENFANTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRÉNIE

Kh. Khemakhem, H. Ayadi, Y. Moalla, S. Jellouli, A. Walha, F. Ghribi

Service de pédopsychiatrie CHU Hédi Chaker 3029 Sfax. Tunisie

yours.moalla@rns.tn - hela.ayadijema@rns.tn - adel.walha@voila.fr - farhat.ghribi@rns.tn

L'objectif de notre travail était d'étudier les facteurs permettant une bonne adaptation sociale et familiale des patients atteints de schizophrénie débutant à l'enfance.

Matériel et méthodes : Notre étude était rétrospective portant sur 20 cas d'enfants âgés entre 10 et 16 ans, suivis au service de pédopsychiatrie de Sfax pour schizophrénie débutant à l'enfance et colligés sur une période de 12 ans s'étalant du 1/1/1994 au 31/12/2005. Un suivi évolutif d'au moins 1 an a été assuré pour tous ces cas.

L'étude était descriptive (étude de la qualité de l'adaptation familiale et sociale et évaluation de l'adaptation en se référant à l'échelle globale du fonctionnement (EGF) selon le DSM IV et analytique (recherche de facteurs pouvant influencer l'adaptation sociale et familiale en utilisant le test de Fisher).

Résultats : Une adaptation sociale et familiale satisfaisante a été notée chez 8 patients. Parmi ces cas : 7 étaient de sexe masculin et 6 d'origine urbaine. La forme clinique était du type désorganisé dans 5 cas. L'entente familiale a été notée dans 7 cas. 6 cas étaient traités par des antipsychotiques atypiques. Tous les enfants étaient suivis régulièrement avec une bonne observance du traitement.

L'adaptation socio familiale a été corrélée avec le bon fonctionnement prémorbide et la prescription d'antipsychotiques atypiques

Conclusion : Le pronostic des SKZ à début précoce durant l'enfance est plutôt réservé. Néanmoins des facteurs individuels ainsi que la prescription d'antipsychotiques interviennent dans la qualité de la réadaptation socio familiale de ces enfants.

Mots clés : schizophrénie, enfant, adaptation, sociale, familiale

The objective of our work was to study factors allowing a good social and domestic adaptation of the patients affected by schizophrenia beginning in the childhood.

Material and methods: Our study was retrospective concerning 20 cases of old children between 10 and 16 years, followed in the service of pédopsychiatrie at Sfax for schizophrenia beginning in the childhood and brought together over a period of 12 years spreading out of 1/1/1994 in 31/12/2005. An evolutionary follow-up of at least 1 year was insured for all these cases.

Study was descriptive (study of the quality of the domestic and social adaptation and evaluation of the adaptation by referring to the global scale of the functioning (EGF) according to the DSM IV and analytics (search for factors being able to influence social and domestic adaptation by using the test of Fisher).

Results: A satisfactory social and domestic adaptation was noted at 8 patient's. Among these cases: 7 were of male genital organ and 6 of the urban origin. Clinical shape was the disrupted type in 5 cases. Domestic agreement was noted in 7 cases. 6 cases were treated by atypical antipsychotics. All the children were followed regularly with a good observance of the treatment.

Adaptation socio domestic was correlated to the good prémorbide functioning and the prescription of atypical antipsychotics

Conclusion: The preview of the SKZ in the premature beginning during the childhood is rather reserved. Nevertheless individual factors as well as antipsychotics' prescription intervene in the quality of the socio domestic rehabilitation of these children.

Keywords: schizophrenia, child, adaptation, social, domestic

Introduction

La schizophrénie (SKZ) de l'enfant, est réputée avoir de graves conséquences sur le fonctionnement socio familial de l'enfant qui atteint, ainsi que sur le pronostic qui même s'il demeure variable est généralement réservé.

L'objectif de notre travail était d'étudier les facteurs qui permettraient une bonne adaptation sociale et familiale des enfants atteints de schizophrénie.

Matériel et méthodes

Notre étude était rétrospective portant sur 20 cas d'enfants âgés entre 10 et 16 ans au moment de la première consultation, suivis au service de pédopsychiatrie de Sfax pour schizophrénie débutant à l'enfance.

Ces cas étaient recrutés sur une période de 12 ans s'étalant du 1/1/1994 au 31/12/2005.

Un suivi évolutif d'au moins 1 an a été assuré pour tous ces cas.

Notre travail comportait 2 volets :

- **étude descriptive** : à la fois qualitative (description de la qualité de l'adaptation familiale et sociale) et quantitative (évaluation de l'adaptation en se référant à l'échelle globale du fonctionnement (EGF) qui figure dans l'axe V du DSM IV).

- **étude analytique** : nous avons relevé dans un premier temps certains facteurs qui pourraient influencer l'adaptation puis dans un deuxième temps, nous avons étudié des corrélations entre ces facteurs et la qualité de l'adaptation sociale et familiale en utilisant le test de Fisher.

La différence était significative (s*), si : $0.01 < p < 0.05$, très significative (s**),

si $0.001 < p < 0.01$, et hautement significative (s***) si : $p < 0.001$.

Résultats

1. Enquête descriptive

1.1. Sur le plan qualitatif

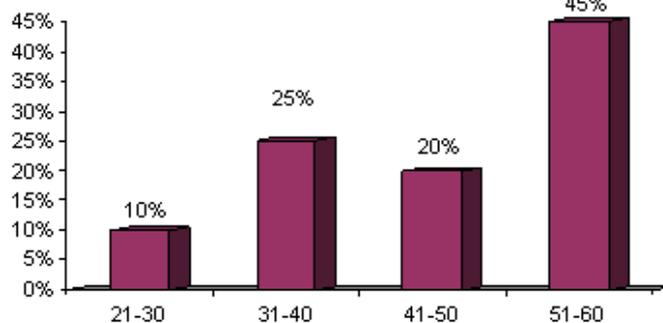
Une bonne adaptation sociale a été jugée sur les paramètres suivants :

- La reprise de scolarité : notée dans 4 cas sur 12 des enfants qui étaient au paravent scolarisés.
- La fréquentation régulière des institutions spécialisées pour enfants psychotiques notée dans 3 cas.
- L'intégration professionnelle notée dans 1 cas
- Un fonctionnement relationnel satisfaisant retrouvé chez 8 enfants.

Une bonne adaptation familiale relation harmonieuse avec les membres de la famille (bonne entente avec les parents, les frères et sœurs) a été notée chez 13 enfants.

1.2. Evaluation quantitative (Fig. N°1)

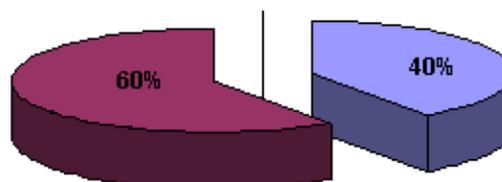
Fig N° 1 : Répartition des patients selon l'EGF (total de 20 cas)



2. Enquête analytique

2.1 Qualité de l'adaptation (Fig. N°2)

Fig N° 2 : Répartition des patients selon la qualité de l'adaptation sociofamiliale



- Adaptation sociale et familiale
- Difficultés d'adaptation sociofamiliale

Facteurs d'adaptation individuels et familiaux (tableau N°1)

Tab N°1 : Qualité de l'adaptation en fonction des facteurs individuels et familiaux

	Adaptation (%)	Difficulté d'adaptation (%)	Significativité
Sexe			
Masculin	80	60	NS
Féminin	20	40	
Total	100	100	
Origine géographique			
Urbaine	75	50	NS
Rurale	25	50	
Total	100	100	
Niveau socio économique			
Bon	35	35	NS
Moyen	35	40	
Bas	30	25	
Total	100	100	
Fonctionnement pré morbide			
Normale	65	18	S*
Pathologique	35	82	
Total	100	100	

Statut familial			
Famille unie	75	60	NS
Monoparentale	25	40	
Total	100	100	

Facteurs d'adaptation liés à la pathologie
(tableau N°2)

	Adaptation (%)	Difficultés d'adaptation (%)	Significativité
Age de début des troubles			
<9 ANS	38	65	NS
>9 ANS	62	35	
Total	100	100	
Mode de début			
Progressif	62	75	NS
Brutal	38	25	
Total	100	100	
Sévérité de la symptomatologie lors de la phase aiguë			
Importante	12	50	NS
Moyenne	78	50	
Total	100	100	
Forme clinique de la maladie			
Paranoïde			NS
Désorganisée	38	45	
Indifférenciée	50	45	
Non	12	10	
Total	100	100	
Ré hospitalisation après le premier épisode			
Oui	17	84	NS
Non	83	16	
Total	100	100	

2.4..Facteurs d'adaptation liés à la prise en charge (tableau N°3)

Tab N°III : Qualité de l'adaptation en fonction des facteurs liés à la prise en charge (total de 20 cas)

	Adaptation (%)	Difficultés d'adaptation (%)	Significativité
Prescription médicamenteuse			
Antipsychotiques atypiques	62	25	S*
Neuroleptiques classiques	38	75	
Total	100	100	
Observance du traitement			
Bonne	100	45	NS
Mauvaise	0	55	
Total	100	100	

Discussion

1. Retentissement scolaire et professionnel

Dans notre étude, 7 enfants avaient repris leur cursus scolaire normal ou fréquentaient régulièrement leur institution spécialisée, alors que 1 enfant avait intégré une profession. Nos résultats sont proches de ceux mentionnés dans la littérature, en effet HOLLIS, à travers une enquête réalisée sur 41 enfants SKZ a montré que 60% ont interrompu leur scolarité avant l'obtention d'un diplôme qualifiant; peu ont un emploi stable [1]. Selon l'enquête faite par LAY et al; sur 65 patients traités pour SKZ à début précoce après 12 ans d'évolution, 19 avaient un emploi régulier, 30 avaient un emploi protégé et 15 était sans emploi [2]. D'après WERRY et al, après un suivi moyen de 5 ans sur un échantillon d'enfants atteints de schizophrénie, 17% sont scolarisés ou ont un emploi plein temps [3].

2. Fonctionnement relationnel

Dans notre étude, 8 enfants avaient un fonctionnement relationnel satisfaisant.

L'étude de LAY et al ayant retrouvé sur 65 patients après 12 ans d'évolution, un fonctionnement relationnel satisfaisant chez 13 d'entre eux, tandis que 48 présentaient de grandes difficultés voire même une absence totale de vie sociale[4].

3. Qualité de l'adaptation en fonction des facteurs individuels et familiaux

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de corrélation significative pour les paramètres suivants: sexe, origine géographique, niveau socio-économique et statut familial.

Toutefois, le bon fonctionnement prémorbide a été corrélé significativement avec une bonne adaptation socio familiale.

D'après une étude sur le devenir à long terme des jeunes atteints de SKZ dont la maladie s'était révélée avant 14 ans, les pronostics les plus sombres ont été constatés chez les enfants qui avaient présenté au paravent des troubles de la personnalité [5]. Quant à WERRY, il a rapporté que le niveau d'adaptation pré morbide est un des facteurs pronostiques les plus constants dans l'adaptation socio familiale [3].

4. Qualité de l'adaptation en fonction des facteurs liés à la pathologie

Dans notre étude, un âge de début de la maladie supérieure à 9 ans a été le plus souvent noté de façon non significative dans le groupe ayant une bonne adaptation ainsi qu'une sévérité moyenne de la symptomatologie lors de la phase aiguë. Par ailleurs l'évolution après le premier épisode était marquée par plus de rémissions chez le groupe ayant une bonne adaptation.

D'après l'étude sus citée, sur le devenir à long terme des jeunes atteints de SKZ dont la maladie s'était révélée avant 14 ans, les pronostics les plus sombres étaient constatés chez les enfants dont la maladie a commencé avant l'âge de 10 ans [5].

L'étude de LAY *et al.* a permis de distinguer des facteurs prédictifs spécifiques concernant le devenir scolaire et professionnel, à différencier du devenir social global. En effet, la durée de la première hospitalisation et un nombre de réadmissions ultérieures supérieur à deux au début de l'évolution de la maladie apparaissent comme deux facteurs

prédictifs du devenir scolaire et professionnel, alors que pour l'adaptation sociale, les facteurs prédictifs de mauvais pronostic seraient l'intensité des symptômes positifs lors du premier épisode, un niveau bas de fonctionnement social prémorbide et un nombre de réadmissions en hospitalisation supérieur à deux [1].

Selon ROGE, les prédicteurs d'évolution négative sont : un début insidieux, la sévérité de la symptomatologie positive et négative de la phase aiguë, une récupération insatisfaisante après le premier épisode et la prédominance de signes négatifs [6].

5. Qualité de l'adaptation en fonction des facteurs liés à la prise en charge

Dans notre étude, la prescription d'antipsychotiques atypiques était corrélée significativement à une bonne adaptation socio familiale chez les jeunes atteint de SKZ . Une bonne observance du traitement était notée chez tous les patients ayant une bonne adaptation socio familiale.

Dans l'étude de Guillard, une meilleure adaptation psychosociale était retrouvée chez les patients recevant un antipsychotique atypique par rapport à ceux qui avaient un neuroleptique classique [7].

Conclusion

Bien que l'idée couramment admise est que le pronostic des SKZ à début précoce durant l'enfance est plutôt mauvais, il semble que plusieurs facteurs individuels, familiaux, liés à la pathologie et à la prise en charge interviennent dans la qualité de la réadaptation socio familial de ces enfants.,

Dans notre étude une bonne adaptation socio familiale de l'enfant atteint de SKZ est corrélée à l'absence de dysfonctionnement prémorbide et à la prescription d'un antipsychotique atypique.

L'identification et la prise en compte de ses facteurs contribueraient à une meilleure réhabilitation psychosociale de l'enfant atteint de SKZ.

Références :

[1].Bailly D, Viellard M, Duverger H et coll. Un diagnostic méconnu : la schizophrénie de l'enfant. Annales Médico Psychologiques 2003 ; 161 :652-659.
 [2]. Hollis C. Adult outcomes of child and adolescent onset schizophrenia: diagnostic stability and predictive validity. AmJ Psychiatry 2000; 157:1652-9.
 [3]. Werry JS,Mc Clellan JM, Chard L. Childhood and adolescent schizophrenia,bipolar and schizoaffective disorders: a clinical and outcome study. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 1991; 30:457-65.
 [4]. Lay B, Blanz B, Hartmann M, Schmidt M. The psychosocial outcome of adolescent onset schizophrenia: a 12 year followup. Schizophr Bull 2000; 26:801-16.
 [5].Kaplan HI, Sadok BJ, Cancro R et coll. Schizophrénie à début infantile. In Synopsis de psychiatrie Sciences du comportement Psychiatrie clinique. Tome II. Edition Pradel Paris. 1998. p 1563-1568.
 [6].Rogé B, Chabrol H. SKZ de l'enfant et de l'adolescent. In Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Éditions Belin, (2003) p 93-106.
 [7]. Guillard N, Lafay N, Jourdain M et coll. Comparaison de la réadaptation psychosociale et la qualité de vie des schizophrènes sous neuroleptique classique ou atypique. L'encéphale, 2005 ; 31 : 653-65, cahier 1