



3 questions au

Pr Kapouné Karfo

psychiatre, pédopsychiatre, épiléptologue

La prise en charge des “addicts” au Burkina Faso : une urgence

Le Burkina Faso, ou “Pays des hommes intègres”, est un petit pays de 18,3 millions d’habitants, enclavé dans l’Afrique de l’Ouest, entre Mali, Niger, Bénin, Togo et Ghana. Jouissant, jusqu’en 2014, d’une relative stabilité, il est désormais la proie de remous politiques, et même d’attaques par le terrorisme djihadiste (le 15 janvier dernier, à Ouagadougou, par al-Qaida au Maghreb islamique). Il est aussi, comme le Ghana, le Nigeria, le Sénégal ou le Mali, une cible pour les narcotrafiquants, comme voie de passage, mais aussi comme nouveau marché, pour la consommation sur place de drogues par une classe moyenne émergente. Il est aussi touché par l’abus d’alcools frelatés, de tramadol trafiqué, d’amphétamines bricolées...

Le Pr Kapouné Karfo, psychiatre, adjoint du chef de service de psychiatrie du CHU de Ouagadougou, l’hôpital Yalgado-Ouédraogo, est aussi un des promoteurs d’une clinique privée où il hospitalise de nombreux patients “addicts”. Par ailleurs, lui et son équipe, dirigée par le Pr Arouna Ouédraogo, préparent l’ouverture d’une unité d’addictologie à Ouagadougou, au sein du service de psychiatrie. À cette fin, en collaboration avec ses partenaires de Ville-Évrard de Paris, l’équipe a déjà envoyé un médecin et un infirmier en formation dans le service d’addictologie de l’hôpital Paul-Brousse, à Villejuif.

Florence Arnold-Richez (FAR). Quel est l’état des lieux au Burkina Faso, sur le plan de l’épidémiologie des addictions ?

Pr K. Karfo. Nous n’avons pas d’études épidémiologiques fiables, sauf celles que nous menons au centre hospitalier et à l’université de “Ouaga”. Nous ne pouvons donc pas extrapoler nos chiffres à l’ensemble de la population. Toutefois, l’observation empirique que nos équipes peuvent faire nous montre que les addictions sont en pleine “explosion” et que de nombreux jeunes gens sont “addicts” : d’abord au cannabis, et maintenant, beaucoup au tramadol, trafiqué, vendu partout dans les rues. Les manutentionnaires, notamment dans les mines d’or artisanales du pays, et les maçons, recourent couramment à cet analgésique pour “tenir le coup”.

Ce trafic fait de terribles ravages. À 300 mètres de la clinique, sur un pont, chaque soir un vendeur vient en écouter, avec des aphrodisiaques et autres divers produits... On trouve aussi un peu d’héroïne, pas mal de cocaïne et de crack, et surtout, “à flots”, de l’alcool

frelaté. Il entre par le Ghana et le Nigeria, vendu souvent en “boules” ou petits sachets, auxquels s’adonnent une population jeune, massivement au chômage, et “des femmes libres”, travaillant en ville ou dans les champs et qui prennent aussi des amphétamines “bricolées”.

Il faut aussi savoir que l’alcool est chez nous (comme chez vous !) bien ancré dans la tradition, sous la forme de bière de mil ou “Dolo”, que l’on donne souvent à boire aux bébés avant même de leur proposer du lait, surtout dans le sud-ouest et l’ouest du Burkina. On pratique aussi des rites d’initiation en utilisant des décoctions de plantes hallucinogènes : notamment lors de rites de passage à l’âge adulte, et pour être “intronisé” charlatan.

FAR. Quels sont les besoins de santé de cette population ? Comment la prenez-vous en charge ?

Pr K. Karfo. C’est une population, en situation de grande précarité, qui souffre, entre autres, de beaucoup de problèmes pulmonaires, bronchitiques, d’hépatite B car on a très peu accès à la vaccination au Burkina Faso, très rarement d’hépatite C (notre problème majeur n’est pas l’injection). Il est donc difficile d’instaurer un traitement par baclofène ou autres molécules psychotropes sédatives, sans traiter les patients pour ces pathologies. Nous utilisons néanmoins le baclofène pour les addictions à l’alcool, et même pour d’autres, mais jamais à plus de 100 mg/j car, au-delà, nos patients présentent très souvent des troubles importants (nausées, vomissements, vertiges, etc.). Alors, nous donnons des doses progressives, en augmentant de 10 mg/j jusqu’à un plateau de 100 mg/j. On maintient cette dose en plateau pendant 1 semaine pour s’assurer que le patient supporte et qu’il n’y a aucun effet indésirable. S’il n’a pas d’autres problèmes, le patient sort et on le suit par des entretiens motivationnels à des fins de dissuasion. On pratique à chaque fois des contrôles urinaires. Il ne nous est pas possible de garder en hospitalisation les patients pendant 6 mois comme le stipule bon nombre de protocoles en la matière. Alors nous les hospitalisons pendant 1 mois ferme, puis nous les suivons pendant 5 mois. C’est ce que j’ai surnommé le système D de la cure. Ce sont les assurances qui financent généralement ces prises en charge.

En ce qui concerne le traitement des dépendances aux opiacés, nous n’avons pas, pour le moment, de médicaments de substitution

aux opiacés (MSO) : nous faisons donc des sevrages, et prescrivons des analgésiques, des neuroleptiques, des benzodiazépines, de la vitamine B, de l’hydrothérapie, etc.

Mais ce dont cette population souffre au plus haut point, c’est du silence et de la stigmatisation : la toxicomanie est, au Burkina Faso, un drame silencieux, dont personne ne veut parler : ni le gouvernement, ni les leaders d’opinion, les notables, les victimes... J’ai reçu un enfant de 14 ans, en manque, qui avait violenté sa mère, lui arrachant son sac. Elle avait appelé la gendarmerie pour se protéger... Les voisins le lui ont vigoureusement reproché ! “Nous aussi, nos enfants se droguent, et nous, on n’en parle pas !” Beaucoup aussi sont des fils et filles de familles aisées, de notables, qui tiennent à étouffer leur “opprobre”. C’est un obstacle majeur pour le développement de structures de soins et de traitements appropriés.

Une autre donnée intervient aussi dans la prise en charge des addictions au Burkina Faso : j’ai souvent remarqué que les malades qui viennent me consulter se disent “envoûtés”, ou le font dire par leurs accompagnants. Ils me demandent souvent de les autoriser à aller voir des charlatans, pour un complément de prise en charge à base souvent des décoctions magiques mais aussi d’autres rites d’expiation... Si cela peut les soulager !

FAR. Où votre projet de création d’une unité de soins en addictologie en est-il ?

Pr K. Karfo. Nous en avons déjà élaboré le cadre, les principes de fonctionnement, réuni une équipe, mais nous n’avons pas encore obtenu le financement. Nous cherchons encore des partenaires. L’unité sera implanté au CHU, mais nous avons l’intention, à terme, de l’extérioriser, de la “banaliser”, justement pour contrecarrer “l’effet stigmatisation” : il faut que les gens puissent en parler et s’y rendre ou y adresser leurs enfants ou leurs proches. Elle sera une structure légère, comportant une équipe d’infirmiers et de psychologues, coordonnée par un médecin qui aura des compétences en addictologie. D’ailleurs, nous avons 2 jeunes actuellement en formation en addictologie dans le service du Pr Amine Benyamina, à l’hôpital Paul-Brousse de Villejuif. Et nous comptons aussi sur la richesse des échanges avec les addictologues français.

Propos recueillis par Florence Arnold-Richez