



Royaume du Maroc المملكة المغربية

كلية الطب والصيدلة
+0521.011 1 0121121 8 +0.0X0+
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

Année 2020

Thèse N° 115/20

LE DEVENIR DES PATIENTS DE BOUYA OMAR APRES L'INITIATIVE KARAMA (À propos de 52 cas)

THESE

PRESENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/09/2020

PAR

M. BENAMEUR ELYOUBI ANOUAR

Né le 25 MAI 1993 à TAZA

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS :

Bouya Omar – Initiative Karama – Pathologie psychiatrique – Evolution

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI.....	PRESIDENT
Professeur de Neurologie	
M. AALOUANE RACHID.....	RAPPORTEUR
Professeur de Psychiatrie	
M. BERRAHO MOHAMED.....	} JUGES
Professeur d'Epidémiologie clinique	
Mme. AARAB CHADYA	
Professeur agrégée de Psychiatrie	
M. BOUT AMINE.....	Membre associé
Professeur assistant de Psychiatrie	

LISTE DES ABREVIATIONS

OMS	: Organisation Mondiale de la Santé
H	: Hégire
JC	: Jésus Christ
ONG	: Organisation Non Gouvernementale
CNDH	: Conseil National des Droits de l'Homme
DSM-5	: Cinquième révision du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
DSM-IV	: Quatrième révision du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
NRG 1	: Neuregulin 1
DTNBPI	: Dystrobrevin Binding Protein 1
NMDA	: Acide N-méthyl-D-aspartique
GABA	: Acide Gamma-Aminobutyrique
E.E	: Emotions Exprimées
ECT	: Électro-convulsivothérapie
TCC	: Thérapies cognitivo-comportementales
PANSS	: Positive and Negative Syndrome Scale
CGI	: Clinical Global Impression
MARS	: Medication Adherence Report Scale
EGF	: Evaluation du Fonctionnement Global du patient
GAF	: Global Assessment of Functioning
DSM-III-R	: Troisième révision du Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
HCR-20	: The Historical Clinical Risk Management 20

SPSS : Statistical package for the social sciences

ANOVA : Analysis of variance

SDF : Sans domicile fixe

NL : Neuroleptique

NAP : Neuroleptique d'action prolongée

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Arbre généalogique de Bouya Omar (1).	26
Figure 2 : Arbre généalogique de Bouya Omar (2).	27
Figure 3 : Répartition des patients selon les villes des services psychiatriques ciblés.	60
Figure 4 : Répartition des patients selon leur devenir social (N=84).	61
Figure 5 : Répartition des patients selon la tranche d'âge. (N=52).....	62
Figure 6 : Répartition des patients selon l'état marital. (N=52).....	63
Figure 7 : Répartition des patients selon leur activité professionnelle. (N=52)	63
Figure 8 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique. (N=52) ...	64
Figure 9 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction. (N=52)	64
Figure 10 : Répartition des patients selon le lieu de résidence. (N=52).....	65
Figure 11 : Répartition des patients selon le mode de recrutement. (N=52).....	65
Figure 12 : Répartition des patients selon le type des antécédents personnels. (N=52)	66
Figure 13 : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées. (N=52)	67
Figure 14 : Répartition des patients selon le motif d'incarcération. (N=52).....	68
Figure 15 : Répartition des patients selon le nombre des incarcérations. (N=52)	68
Figure 16 : Répartition des patients selon la présence des hospitalisations psychiatriques antérieures. (N=52)	69
Figure 17 : Répartition des patients selon le nombre des hospitalisations psychiatriques antérieures. (N=44)	69
Figure 18 : Répartition des patients selon le mode de la dernière hospitalisation antérieure. (N=44)	70

Figure 19 : Répartition des patients en fonction de type des neuroleptiques. (N=52).....	71
Figure 20 : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux. (N=52).....	72
Figure 21 : Répartition des patients selon le motif d'emplacement à Bouya Omar. (N=52).....	73
Figure 22 : Répartition des patients selon le mode d'accès. (N=52).....	74
Figure 23 : Répartition des patients en fonction de la durée du séjour. (N=52)...	74
Figure 24 : Répartition des patients selon le type de logement. (N=52).....	75
Figure 25 : Répartition des patients selon les conditions de logement. (N=52)...	75
Figure 26 : Répartition des patients selon le type de maltraitance. (N=52)	76
Figure 27 : Répartition des patients selon la prise en charge thérapeutique au niveau de Bouya Omar. (N=52).....	77
Figure 28 : Répartition des patients selon les visites familiales. (N=52).....	77
Figure 29 : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée. (N=52)	79
Figure 30 : Répartition des patients en fonction de Critères des spécificités. (N=51).....	80
Figure 31 : Répartition des patients en fonction du type de schizophrénie selon le DSM-IV. (N=51)	81
Figure 32 : Répartition des patients selon le nombre des neuroleptiques. (N=52)	82
Figure 33 : Répartition des patients selon le type des neuroleptiques. (N=52)....	82
Figure 34 : Répartition des patients selon le type des NL classiques. (N=52)	83
Figure 35 : Répartition des patients selon le type des antipsychotiques atypiques. (N=52).....	83

Figure 36 : Répartition des patients selon l'association des neuroleptiques. (N=52)	84
Figure 37 : Répartition des patients selon l'utilisation d'autres moyens thérapeutiques. (N=52)	85
Figure 38 : Répartition des patients selon la mode de sortie. (N=52)	86
Figure 39 : Répartition des patients selon leur devenir social. (N=52)	87
Figure 40 : Répartition des patients selon réhospitalisation après la sortie. (N=23)	88
Figure 41 : Répartition des patients selon leur suivi après la sortie. (N=16)	89
Figure 42 : Répartition des patients selon le nombre des neuroleptiques. (N=50)	89
Figure 43 : Répartition des patients selon le type des neuroleptiques. (N=52)	90
Figure 44 : Répartition des patients selon le type des NL classiques. (N=52)	91
Figure 45 : Répartition des patients selon le type des antipsychotiques atypiques.	91
Figure 46 : Répartition des patients selon l'utilisation d'autres moyens thérapeutiques. (N=52)	92
Figure 47 : Répartition des patients selon la source de non-observance. (N=52)	93
Figure 48 : Répartition des patients selon l'amélioration clinique. (N=52)	93
Figure 49 : Répartition des patients selon la solidarité familiale. (N=52)	94
Figure 50 : Répartition des familles des patients à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar. (N=15)	94
Figure 51 : Le degré de satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar. (N=52)	95
Figure 52 : Le degré de satisfaction du patient au niveau du service psychiatrique. (N=52)	95

Figure 53 : Répartition des patients selon l'échelle PANSS. (N=52)	96
Figure 54 : Répartition des patients selon l'échelle CGI-sévérité. (N=52).....	97
Figure 55 : Répartition des patients selon l'échelle CGI-amélioration. (N=52)	97
Figure 56 : Répartition des patients selon la compliance au traitement. (N=16)..	98
Figure 57 : Répartition des patients selon l'échelle EGF. (N=52).....	99

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Les antipsychotiques indiqués dans la schizophrénie. [48]	46
Tableau 2 : Répartition des patients selon les services psychiatriques accueillants. (N=52).....	79
Tableau 3 : Corrélacion entre le devenir social et données socio-démographiques.	100
Tableau 4 : Corrélacion entre le devenir social et les antécédents personnels et familiaux.	101
Tableau 5 : Corrélacion entre le devenir social et le motif d'acheminement vers Bouya Omar.....	102
Tableau 6 : Corrélacion entre le devenir social et les données qui concernent la résidence au Bouya Omar.	103
Tableau 7 : Corrélacion entre le devenir social et les données cliniques.....	104
Tableau 8 : Corrélacion entre le devenir social et les données thérapeutiques au niveau des services psychiatriques.	105
Tableau 9 : Corrélacion entre le devenir social et l'évolution des patients.....	106
Tableau 10 : Corrélacion entre le score PANSS et données socio-démographiques.	107
Tableau 11 : Corrélacion entre le score PANSS et les antécédents personnels et familiaux.	108
Tableau 12 : Corrélacion entre le score PANSS et le motif d'acheminement vers Bouya Omar.....	110
Tableau 13 : Corrélacion entre le score PANSS et les données qui concernent la résidence au Bouya Omar.	111
Tableau 14 : Corrélacion entre le score PANSS et les données cliniques	113

Tableau 15 : Corrélation entre le score PANSS et la prise en charge thérapeutique.	114
Tableau 16 : Corrélation entre le score PANSS et l'évolution des patients.	115
Tableau 17 : Corrélation entre le score PANSS et le devenir social des patients. .	117
Tableau 18 : Corrélation entre le devenir social des patients et le score CGI- amélioration.....	117
Tableau 19 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.	119
Tableau 20 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.	120
Tableau 21 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.	122

PLAN

INTRODUCTION.....	17
PARTIE THEORIQUE.....	21
I. Historique.....	22
1 Maladie mentale dans le contexte marocain.....	22
2 Légende de Bouya Omar.....	24
2.1 Définition mythologique des concepts.....	24
2.1.1 Concept Marabout.....	24
2.1.2 Concept Baraka.....	25
2.2 Temporalité généalogique de Bouya Omar.....	25
2.3 Avènement de Bouya Omar.....	28
3 Village de Bouya Omar.....	29
3.1 Topographie du sanctuaire.....	29
3.2 Population du village.....	30
3.3 Rite thérapeutique du sanctuaire.....	31
II. Evacuation des pensionnaires de Bouya Omar.....	33
1 Actions et programmes nationaux.....	33
2 Aperçu sur les différentes tentatives contre Bouya Omar.....	35
3 Initiative Karama.....	37
III. Rappel sur la schizophrénie.....	38
1 Epidémiologie.....	38
2 Facteurs étiopathogéniques.....	38
2.1 Facteurs génétiques.....	38
2.2 Facteurs neurobiologiques.....	39
2.3 Facteurs environnementaux.....	39

2.4 Facteurs psychologiques.....	39
2.5 Théorie neurodéveloppementale.....	40
3 Critères diagnostiques : DSM-5	41
4 Classification : DSM IV	44
5 Traitement.....	45
5.1 Traitement médicamenteux.....	45
5.1.1 Neuroleptiques.....	45
5.1.2 Autres traitements médicamenteux.....	46
5.2 Traitement non médicamenteux	47
5.2.1 Électro-convulsivothérapie	47
5.2.2 Psychothérapies	48
5.2.3 Ergothérapie	49
5.2.4 Réhabilitation psycho-sociale	49
PARTIE PRATIQUE	50
I. Objectifs de l'étude	51
II. Matériel et Méthodes	52
1 Type d'étude.....	52
2 Population d'étude.....	52
3 Recueil de données.....	53
3.1 Paramètres sociodémographiques.....	53
3.2 Antécédents personnels et familiaux	53
3.3 Résidence au Bouya Omar	53
3.4 Evacuation des patients vers les structures psychiatriques	53
3.5 Evolution des patients	53

4	Echelles psychométriques	54
4.1	PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)	54
4.2	CGI (Clinical Global Impression)	55
4.3	MARS (Medication Adherence Report Scale)	56
4.4	HCR -20 (The Historical Clinical Risk Management 20)	56
4.5	EGF (Évaluation du Fonctionnement Global du patient)	57
5	Aspects éthiques	58
6	Méthodes statistiques	58
III.	RESULTATS.....	59
A.	ETUDE DESCRIPTIVE	59
1	Description de l'échantillon étudié	59
2	Caractéristiques sociodémographiques des patients	62
2.1	Age	62
2.2	Sexe.....	62
2.3	Statut marital	63
2.4	Statut professionnel	63
2.5	Niveau socio-économique.....	64
2.6	Niveau d'instruction.....	64
2.7	Lieu de résidence	65
2.8	Mode de recrutement	65
3	Antécédents personnels et familiaux	66
3.1	Antécédents personnels	66
3.1.1	Antécédents médicaux et chirurgicaux	66
3.1.2	Antécédents d'usage de substances.....	67
3.1.3	Antécédents judiciaires	68

3.1.4 Antécédents d'hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar	69
3.2 Antécédents familiaux.....	72
4 Résidence au Bouya Omar.....	73
4.1 Motif d'emplacement.....	73
4.2 Mode d'accès	74
4.3 Durée du séjour	74
4.4 Type de logement.....	75
4.5 Conditions de logements	75
4.6 Maltraitance	76
4.7 Prise en charge thérapeutique	77
4.8 Visites familiales.....	77
4.9 Coût de la prise en charge	78
5 Evacuation des patients vers les structures psychiatriques	78
5.1 Services psychiatriques d'accueil	78
5.2 Données cliniques	79
5.2.1 Diagnostic d'entrée selon DSM-5	79
5.2.2 Critère de spécificité de la schizophrénie selon DSM-5	80
5.2.3 Type de la schizophrénie selon DSM IV	81
5.2.4 Age de début	81
5.3 Données thérapeutiques.....	82
5.3.1 Traitement prescrit	82
5.3.2 Type des neuroleptiques	82
5.3.3 Association des neuroleptiques	84

5.3.4	Autres moyens thérapeutiques	85
5.4	Mode de sortie	86
5.5	Durée d'hospitalisation.....	86
6	Evolution des patients.....	87
6.1	Devenir social des patients	87
6.2	Réhospitalisations psychiatriques après la sortie de l'hôpital.....	88
6.3	Suivi	89
6.4	Prise en charge actuelle	89
6.4.1	Nombre des neuroleptiques	89
6.4.2	Type des neuroleptiques	90
6.4.3	Autres moyens thérapeutiques	92
6.5	Observance médicale.....	92
6.6	Amélioration clinique	93
6.7	Solidarité familiale dans la prise en charge	94
6.8	Attitude de la famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar.....	94
6.9	Degré de satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar.....	95
6.10	Degré de satisfaction du patient au niveau du service psychiatrique.....	95
7	Score de PANSS	96
8	Score de CGI	97
8.1	CGI-sévérité.....	97
8.2	CGI-amélioration.....	97
8.3	CGI-index thérapeutique.....	98
9	Echelle de MARS.....	98
10	Echelle de EGF	99

11 Echelle de HCR-20	99
B. ETUDE ANALYTIQUE.....	100
1 Corrélation entre le devenir social et les paramètres étudiés	100
1.1 Paramètres socio-démographiques	100
1.2 Antécédents personnels et familiaux	101
1.3 Résidence au Bouya Omar	102
1.3.1 Motif d'acheminement vers Bouya Omar.....	102
1.3.2 Données qui concernent la résidence au Bouya Omar.....	103
1.4 Evacuation des patients vers les services psychiatriques	104
1.4.1 Données cliniques.....	104
1.4.2 Données thérapeutiques	104
1.5 Evolution des patients.....	106
2 Corrélation entre le score PANSS et les paramètres étudiés	107
2.1 Paramètres socio-démographiques	107
2.2 Antécédents personnels et familiaux	108
2.3 Résidence au Bouya Omar	110
2.3.1 Motif d'acheminement vers Bouya Omar.....	110
2.3.2 Données qui concernent la résidence au Bouya Omar.....	111
2.4 Evacuation des patients vers les services psychiatriques	113
2.4.1 Données cliniques.....	113
2.4.2 Prise en charge thérapeutique.....	114
2.5 Evolution des patients.....	115
3 Corrélation entre le score PANSS et le devenir social.....	117
4 Corrélation entre le score CGI-Amélioration et le devenir social	117

IV. DISCUSSION	118
1 Argumentaire de l'étude.....	118
2 Données sociodémographiques	118
3 Antécédents personnels et familiaux.....	119
4 Motif d'emplacement à Bouya Omar	121
5 Données cliniques.....	122
6 Devenir psychosocial du patient et sa relation avec le soutien familial	123
7 Evaluation clinique des patients	124
8 Rechute et observance thérapeutique.....	125
V. Apport et limites de l'étude	126
1 Apport de l'étude	126
2 Limites et difficultés de l'étude	126
3 Perspectives de l'étude	126
VI. Recommandation	127
1 Volet thérapeutique.....	127
2 Rôle de la famille.....	127
3 Rôle de la société	127
4 Volet de la formation.....	128
CONCLUSION	129
RESUME	131
BIBLIOGRAPHIE.....	137
ANNEXE.....	148

INTRODUCTION

Dans la société marocaine, le recours aux marabouts et la visite des sanctuaires des saints pour soigner les maux du corps et de l'âme, est une pratique ancrée. En effet, une grande partie des marocains, considèrent certains malades atteints de pathologie mentale comme des personnes possédées par les esprits, et que ces malades sont exclusivement du ressort des saints où trouvent donc tous leurs remèdes dans ces lieux sacrés.

Le saint Bouya Omar, à titre d'exemple, est une référence mythique très structurée. Un vrai culte qui s'inscrit dans une ligne de croyances gérées, pour un éventuel soulagement, par des procédés judiciaires curieux instaurés par le maître du lieu pour déposséder le malade de l'esprit provocateur des troubles [1].

Au Maroc, Une étude menée en 2014 par le ministère de la santé sur la problématique de la violation des droits des malades mentaux dans le mausolée de Bouya Omar a confirmé des observations choquantes dressées depuis de longues années par la société civile et les médias. Les pensionnaires ont vécu dans des conditions inhumaines, notamment de maltraitance, de malnutrition, des maladies contagieuses, et d'absence de traitement. En outre, l'enquête a dévoilé que 9% avaient des troubles de l'humeur, 3% avaient des troubles de la personnalité, et 99% des détenus avaient une schizophrénie [2]. Cette dernière représente un trouble mental sévère et chronique qui affecte plus de 23 millions de personnes dans le monde, et qui s'associe à un lourd handicap et peut affecter les résultats aux niveaux éducatif et professionnel [3].

Dans le cadre des actions du plan national en santé mentale 2013–2016, le ministère de la santé a mis en place un projet en Mai 2015 intitulé Initiative KARAMA, qui a été lancé dans le but d'accélérer la mise en œuvre de solutions à des problèmes de santé mentale hautement prioritaires notamment la violation des droits des malades mentaux au site de Bouya Omar, l'inadéquation des structures de soins psychiatriques et le retard dans l'atteinte des objectifs du plan santé mentale 2013–2016. L'initiative Karama a permis donc de libérer 822 pensionnaires et d'assurer une prise en charge thérapeutique et sociale gratuite, ainsi de les réinsérer à leur demande, dans leur milieu familial et social, dès que leur état de santé mentale le permettra [4].

Il nous a semblé intéressant d'étudier le devenir clinique et psychosocial des patients résidents de Bouya Omar qui ont été référés vers les services psychiatriques, afin d'évaluer l'impact de l'initiative KARAMA sur leur devenir clinique et psychosocial, et de déterminer les différents facteurs impliqués dans leur évolution, notamment la prise en charge thérapeutique adéquate dans les différentes structures psychiatriques, ainsi que d'apprécier l'impact de la société et de la famille sur le devenir de ces patients.

Notre étude est transversale menée dans six services psychiatriques des hôpitaux : Ibn al-Hassan de Fès, Ibn Baja de Taza, Moulay Ismail de Meknès, Hassan II de Araoui, Mohamed VI de Bouarfa, Lieutenant Mohamed Bouafi de Casablanca, et deux centres sociaux ; le centre d'accueil des malades psychiatriques et des personnes en situation de handicap mental de Meknès, et le centre social Bab el khoukha de Fès, étalée sur une période de 18 mois.

Le but de notre travail est d'évaluer l'impact de l'initiative Karama sur le devenir clinique et psychosocial des patients résidents de Bouya Omar qui ont été référés vers les services psychiatriques, décrire les paramètres sociodémographiques de ces patients, les conditions de résidence au niveau de Bouya Omar, le profil clinique et les différents moyens thérapeutiques utilisés dans leur prise en charge après l'évacuation de Bouya Omar.

PARTIE THEORIQUE

I. Historique

1 Maladie mentale dans le contexte marocain

Le lien entre le domaine sacré et la maladie mentale est souvent décrit dans la religion musulmane, la relation entre ces deux entités est si compliquée et historiquement entrelacée. Aux cours de l'histoire, il est difficile d'aborder la maladie mentale sans évoquer le domaine religieux, que ce soit pour expliquer, traiter ou considérer un trouble psychique. Les musulmans ont considéré les créatures surnaturelles notamment les djinns comme origine de la maladie mentale car le Coran les mentionne de nombreuses fois. Ces créatures sont en général invisibles, et peuvent prendre différentes formes (végétale, animale, ou anthropomorphe). Ils sont capables d'influencer spirituellement et mentalement le genre humain (possession).

En outre, un bon nombre des marocains interprète les troubles de l'esprit comme des états indéfinis d'origine surnaturelle, le malade était soit possédé, habité, frappé par djinn. Par conséquent, les thérapeutes traditionnels sont les recours préférés des individus qui attribuent les symptômes de la maladie mentale aux affections par djinns [5]. Le recours à ces pratiques traditionnelles traduit surtout une méconnaissance de la maladie psychiatrique, surtout schizophrénique, et de ses causes réelles. Les symptômes psychotiques tels que les hallucinations et les propos délirants sont difficilement appréhendables. De ce fait, la détresse des familles pour absorber ces comportements bizarres de leurs proches malades est facilement compréhensible, d'où la référence à des représentations invisibles et magicoreligieuses [6].

Les thérapeutes traditionnels utilisent un éventail d'interventions religieuses pour traiter les afflictions par les djinns, comme la ruqya (chercher refuge auprès d'Allah en récitant certains versets du Coran), ainsi que Dikr (rappel d'Allah) [7]. Cependant, il existe d'autres approches thérapeutiques traditionnelles, telles que les prières, l'exorcisme, les punitions physiques, la cautérisation, des potions à base d'herbe ainsi que de l'eau mélangée à du papier sur lequel sont écrits des versets coraniques spécifiques [8]. Le recours aux sanctuaires est une pratique plus diffuse dans toutes les régions du royaume. Le plus connu, est le sanctuaire de Bouya Omar qui représente le symbole de la folie "soignée" de manière traditionnelle. Cette folie qui est chargée par le descendant du saint en vue de la guérir.

2 Légende de Bouya Omar

2.1 Définition mythologique des concepts

2.1.1 Concept Marabout

D'après la temporalité historique, le terme français « marabout » est issu du terme arabe mourabit et de son dérivé vernaculaire mrabet. Le sens étymologique de celui-ci réfère à l'action d'attacher, de nouer, de lier et d'amarrer. Le marabout est un homme lié à Dieu. Le lieu qui désigne et symbolise cet attachement est le ribat, les deux premières grandes dynasties marocaines, les Almoravides et les Almohades, sont sortis des ribats. Almoravides signifie littéralement les marabouts, al-Mourabitoun. Le nom même de la capitale du Maroc, Rabat, qui se dit Ribat en arabe, était bien originellement une forteresse où se fixaient des marabouts [9].

En plus de son aspect religieux et spirituel, le ribat était lié à l'idée de guerre et de bataille. Il représentait un lieu de retraite, de repli et de défense contre les adversaires (religieux et politiques) et le point de départ pour mener les combats contre les schismatiques et les envahisseurs chrétiens. Le marabout depuis longtemps était donc un ascète guerrier, reconnu tant pour son détachement mystérieux et ses combats tenaces. Ce qui lui a valu, avec le temps, d'être consacré par les marocains, comme un wali que Dieu aurait choisi pour lui accorder sa baraka. Le terme marabout a cependant évolué pour désigner, progressivement, un ascète guerrier, un saint ou tous ceux qui seront considérés comme tel : chefs politiques, chefs de confréries, chefs de tribus, homme pieux, puis son tombeau avec tout l'espace environnant : amas de pierre, arbres, grottes, source ; parfois, il désigne même des tombeaux votifs où une croyance préislamique a pu subsister sous un nom musulman [10] [11] [12].

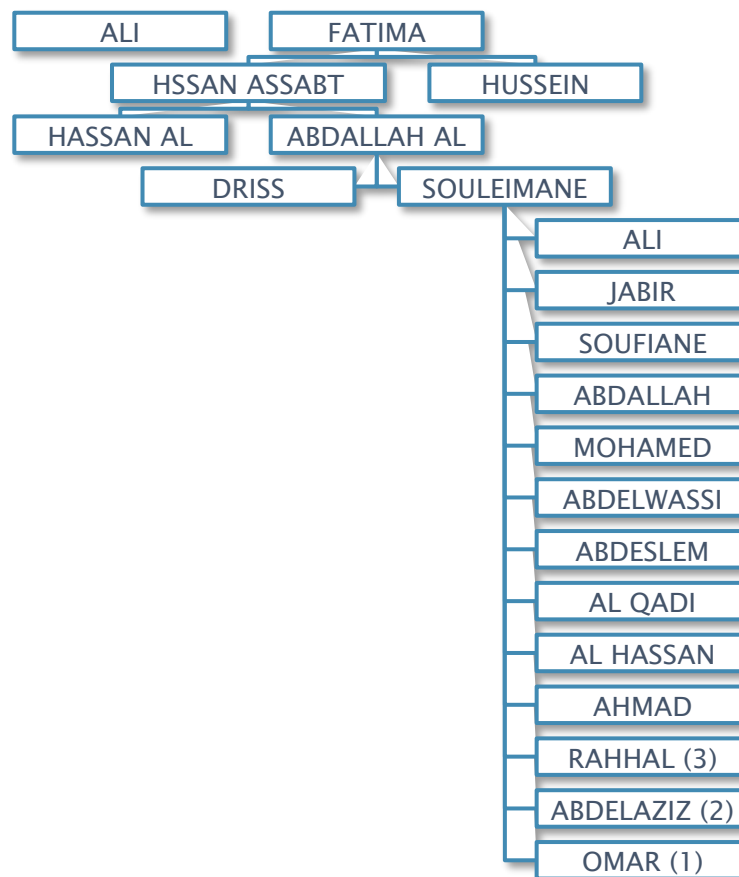
2.1.2 Concept Baraka

Le terme baraka est issu de l'arabe, il signifie bénédiction. La baraka c'est quelque chose auquel on ne s'attendait pas, et qui agit de façon positive, c'est avoir de la chance. Pour le marabout, elle représente son réceptacle, une puissance divine, une force mystérieuse présente dans les mots, les choses et les êtres, qui s'applique à toute une série de notions associées, tel le don, la fertilité, la fécondité, la croissance, la prospérité, la santé, la beauté, la chance, le pouvoir. En un mot, la notion de baraka symbolise la manifestation du divin dans le monde et l'existence, sous la forme de dons accordés à certains individus ou à certaines choses. Seuls les saints, cependant, possèdent la baraka de façon exemplaire [13].

En outre, la baraka est capable de mobiliser en faveur des descendants du saint, de ses fidèles ou tout simplement des pèlerins qui visitent sa tombe, qu'est l'élément central du culte. Elle est le centre de gravité qui capte les visiteurs en recherche de baraka, mais aussi elle a un pouvoir « contagieux », toute chose qui aurait été en contact avec le saint peut non seulement obtenir la baraka, mais également la transmettre [10].

2.2 Temporalité généalogique de Bouya Omar

D'après sa temporalité généalogique, Bouya Omar est le petit-fils de Abdelaziz, descendant du prophète par Ali et Fatima. La tradition orale n'a rien conservé de sa vie, ni sa date de sa naissance ni celle de sa mort. D'après les suppositions, il serait né au cours des deux dernières décades du XVI siècle, puisque son père était encore en vie pendant les tournées mystiques d'Ibn Askar, mort en 986H/1578 JC dans la bataille de l'Oued Al Makhazin appelée, bataille des trois rois [14].



(1) Bouya Omar

(2) Leur père

(3) Leur grand-père le fondateur de la confrérie Rahhaliya.

Figure 1 : Arbre généalogique de Bouya Omar (1).

Son grand père Sidi Rahhal Al Boudali, le fondateur de la confrérie Rahhaliyine, est considéré comme un grand mystique soufi qui est né en 890H/1480JC et mort en 941–950H/1534–1543JC, Sidi Rahhal Al Boudali a vécu dans une période d'instabilité politique, économique et religieuse, au moment de la fin de la dynastie Wattasside et du début du règne de la dynastie Saadiyyine. Il a joué un rôle important au niveau de pacification entre ces deux dynasties et d'unir leurs différentes tribus pour s'opposer à leur ennemi commun : l'envahisseur Portugal [14].

Bouya Omar aurait laissé six enfants : Ahmed, Ali, M'hamed, Abdallah, Al Ayyachi et Abbou. Ahmad et sa descendance forment les douars suivants : Twahra, Al M'jadla, Swaghra, et Al Mrasla connus comme étant les aïeuls (jdoud). Ali est l'ancêtre de la fraction des Oulad Ben Zineb, issue de son union avec sa cousine Zineb. M'hamed est l'ancêtre d'une fraction des Al' Mchaouria, issue du mariage de Bouya Omar avec sa femme nommée " Al M'chaouria" et qui lui aurait été offerte par un sultan de l'époque. Abdallah est l'ancêtre des Al A'badla et Al Khouadra. Al Ayyachi est l'ancêtre de l'autre fraction d'Al Mchaouria et Abbou est l'ancêtre des Al A'mamra. Toutes ces tribus et fractions sont réparties dans les régions des Sraghna, Zamran, Chaouia et Doukkala [14].

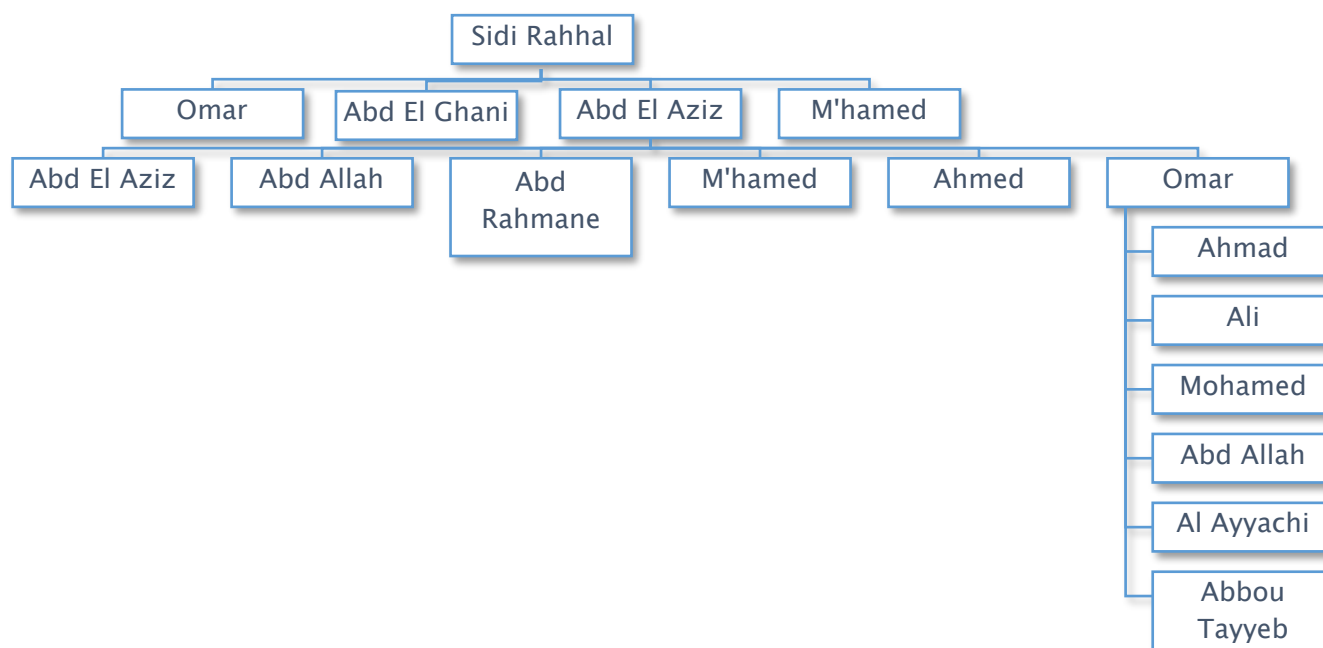


Figure 2 : Arbre généalogique de Bouya Omar (2).

2.3 Avènement de Bouya Omar

Selon la mythologie, au début du XVIIe siècle, Bouya Omar avait étudié à Tamegrout dans la confrérie naceriyya. Il aurait eu comme cheikh le fondateur initial de la confrérie naceriyya, Sidi Ahmed Ben Ibrahim Al Ansari, qui est mort en 1072H/1642JC. Il a continué sa formation mystique sous l'enseignement de Sidi M'hamed Ben Nacer, qui prit les affaires de la zaouia en 1081H/1644JC [14].

La tradition orale affirme qu'il était le meilleur disciple du fondateur de la zaouïa Naciriya de sidi Mohammed ben Brahim Alansary. Pour certains, Bouya Omar à l'âge de 40ans, il est encore analphabète, il se prit d'une soif pour les sciences et le mysticisme, et qu'il fut (talib al i'Im). À la fin de sa formation mystique, son dernier maître, Sidi M'hamed Ben Nacer, lui délivre une idjaza (diplôme général) attestant de tous les enseignements reçus, et lui ordonna de bâtir sa zaouïa sur les bords du fleuve de la Tassaout et d'enseigner le Coran à l'ins (les humains) et aux djinns, rassemblés en un seul séminaire (mahadra). Sa baraka et son savoir étaient tels que les plus puissants djinns tremblaient devant lui. Il a créé, dès son retour à sa zaouïa, une assemblée qui enseignait le Coran, ce qui a fait sa spécificité et lui a donné son aura. A travers cet enseignement, qui a débuté dans le sanctuaire qui abrite son tombeau et porte son nom, il a appris à maîtriser les djinns, jusqu'à les faire comparaitre devant un tribunal de djinns. C'est cette compétence (Baraka) qui se serait transmise de père en fils jusqu'à ses descendants et qui serait bien ancrée dans l'inconscient populaire jusqu'à faire de son sanctuaire le lieu de désenvoutement de référence dans le pays [14].

3 Village de Bouya Omar

3.1 Topographie du sanctuaire

Bien que Bouya Omar soit situé dans une temporalité historique (celle d'un saint ayant vécu au XVIIe siècle) et généalogique (une affiliation au prophète Mohammed par sa fille Fatima et son gendre Ali), son nom désigne aussi le douar dans lequel un sanctuaire a été bâti. Se rendre à Bouya Omar signifie se déplacer à 80 kilomètres au nord-est de Marrakech dans la province de Kalaa des Sraghna, en passant par la ville de l'Attaouia à quelques kilomètres de laquelle le terme du trajet coïncide à la fois avec la fin d'un tronçon de route goudronné dans les années 1980 et un passage surplombant un canal d'irrigation (sagua). [15]

Jusqu'à la fin des années 1960, Bouya Omar, comme beaucoup d'autres saints, avait été la cible du culte local. Il était la destination de pèlerinages individuels accomplis à l'initiative d'un petit nombre de dévots issus des tribus avoisinantes. Après la fin du Protectorat, la fréquentation du sanctuaire connaît un développement soudain qui n'a cessé de croître [16]. Depuis les années 1960, Le douar a vécu presque exclusivement du commerce de la sainteté et du tourisme thérapeutique, une dizaine de maisons accueillaient des pensionnaires (possédés, malades, toxicomanes) et des visiteurs (familles des malades, pèlerins). Le village est dirigé par les descendants du saint (chorfas) qui vivent de l'économie de la structure et officient certains cultes près du sanctuaire. Ce dernier est administré selon un système de location à un gérant unique. Le bail est renouvelé annuellement lors d'une vente aux enchères dont les bénéfices sont partagés entre les différents douars des tribus de chorfas qui descendent du saint. Les bénéfices du culte (les offrandes de bougies, de sucre,

d'animaux, d'argent/ la viande des sacrifices/le montant de la location des lieux d'hébergement) reviennent ensuite au gérant. Cette économie profite également à un ensemble d'acteurs qui se partage les miettes des bénéfices [15] [14].

3.2 Population du village

La communauté qui peuple ce village se compose, dans un premier temps, de chorfas à la fois héritiers du pouvoir du saint et gestionnaires du mausolée, de pèlerins sédentarisés sur les lieux pour une période plus ou moins longue et de personnes en souffrance psychique ou physique confiées aux chorfas ou à d'anciens malades en cours de rétablissement.

En deuxième temps, une population permanente composée pour une large part de malades mentaux, de paralytiques et de toxicomanes, regroupée dans le douar isolé de Bouya Omar. Exclus et marginalisés, ils vivent là en huis clos et n'entretiennent que peu de contacts avec les communautés avoisinantes [16].

Dans cet espace marginal, deux catégories de pensionnaires peuvent être distinguées la première à une foi profonde en la baraka du saint et en son pouvoir de guérison. Ces dévots suivent la cure maraboutique : les pratiques rituelles autour du tombeau du saint et les rêves sont des moments considérés comme des instants de communication avec le saint et les jnouns. La seconde catégorie de pensionnaires se compose de toxicomanes conduits de force dans les lieux, souvent par leurs proches, et des malades mentaux les plus vulnérables ayant sombrés dans un profond état de démence. Ils n'attendent rien de la baraka du saint et sont pourtant également soumis à un long traitement carcéral. Contrairement aux premiers, l'enchaînement de cette seconde catégorie de pensionnaires n'est

plus simplement symbolique mais matériel. Retenus la majeure partie de leur temps dans la promiscuité de petites pièces sombres, leurs chevilles et leurs poignets sont ligotés, jour et nuit, par des chaînes métalliques cadenassées dont leurs « responsables » (chorfa et possédés sédentarisés sur les lieux) détiennent les clés [16].

3.3 Rite thérapeutique du sanctuaire

Le but de visiter Bouya Omar dans le circuit thérapeutique d'un patient atteint de trouble mental, dans le cadre de la médecine traditionnelle est objectivé soit par un rêve dans lequel le saint apparaît pour signifier que l'expulsion de l'esprit, pathogène de la maladie, ne dépend que de celui-ci et de son tribunal ou parce que l'on nomme dans les usages du marabout Bouya Omar, le "Ntiq" ou la formulation, représentant un appel réitéré du possédé à se rendre sur place s'exprimant durant les crises inopinées de son délire. Ces malades sont alors ramenés par leurs familles et confiés soit aux gardiens du marabout ou aux habitants du village. Le rituel relatif au traitement de la possession est alors l'exorcisme. Cet exorcisme vise à confronter le djinn au saint, grâce à la mahkama où les possédés sont exorcisés par les chorfas, ces derniers sont des descendants du saint et praticiens dans ce marabout depuis la maîtrise des connaissances hérités relatives à ces pratiques [17] [14].

Le terme mahkama implique d'emblée que ce rituel de possession comporte une dimension juridique, le djinn et sa victime étant jugés devant un tribunal. Selon les chorfas, la mahkama où ils se tiennent n'est que le reflet spatial d'un autre tribunal. Tout cela se manifestant dans une furie mystique, pouvant se limiter à des discussions ou avoir recours à la maltraitance du djinn à travers le corps du patient par des coups, crachats

d'eau bouillante ou avoir recours aux sacrifices d'animaux ainsi que d'autres pratiques mystérieuses. Le possédé est alors engagé dans une loi mythique entamant une sorte de procès imaginaire entre lui et son djinn devant le tribunal du sanctuaire selon des procédures bien connues par les patients avec soumission. Le caractère essentiel de ce culte est de n'être orchestré par aucune cérémonie, musique, couleurs, danses ou théâtralisme pour accompagner l'exorcisme ni aucune technique généralisée pour provoquer la transe des patients comme il est de coutume dans les autres lieux de guérison. Les rituels se poursuivent selon le caractère de la possession du patient et du djinn le possédant se produisant le plus souvent dans une agitation et une violence extrême [17].

Le malade ne peut pas quitter l'espace de Bouya Omar sans la permission des chorfas. Il est incarcéré dans un but thérapeutique tant que les tentatives de guérison se sont avérées inefficaces. Le malade et sa famille ne savaient pas au départ, ce que leur réserve l'avenir. Tant que la guérison du malade se fait attendre, la détention s'impose. Les manifestations oniriques et symptômes psychosomatiques sont les signes caractéristiques de « l'incarcération thérapeutique » qui dépend de l'autorité des chorfas. La durée de cette dernière peut aller de quelques jours à plusieurs années [1].

II. Evacuation des pensionnaires de Bouya Omar

1 Actions et programmes nationaux

Au cours des dernières décennies, la santé mentale fait toujours face à d'énormes difficultés, malgré les efforts énormes des autorités publiques, étant donné l'insuffisance des ressources humaines et matérielles, les méthodes de traitement limitées et les structures hospitalières dépassant de loin les normes requises. De plus, la demande de soins en santé mentale ne cesse de s'accroître. En effet, une enquête nationale sur les prévalences des troubles mentaux en population générale de 15 ans et plus entre 2003 et 2005 a montré que 48% des personnes enquêtées présente ou a présenté au moins un trouble mental au cours de sa vie, allant d'une insomnie, stress, jusqu'à un trouble dépressif grave ou une schizophrénie [18].

Cependant, la santé mentale est désormais une priorité du ministère de la santé, afin de corriger les insuffisances et d'éliminer les inégalités entre les différentes régions du Maroc en matière d'offre de soins en santé mentale. Ainsi, le ministère de la santé a adopté un éventail impressionnant d'actions dans sa stratégie 2012–2016 [19].

- **Action 86** : Lutte contre les facteurs de risque en milieu professionnel, scolaire et familial.
- **Action 87** : Prévention de l'émergence des maladies mentales.
- **Action 88** : Lutte contre la stigmatisation des maladies mentales.
- **Action 89** : Renforcement de la formation de base et formation continue des professionnels de santé.
- **Action 90** : Renforcement de l'offre en psychiatrie et Humanisation des structures de soins.

- **Action 91** : Amélioration de la prise en charge de l'enfant et de l'adolescent.
- **Action 92** : Normalisation des structures de prise en charge pour la personne adulte.
- **Action 93** : Amélioration de l'accueil des urgences psychiatriques par l'identification des circuits et des procédures spécifiques.
- **Action 94** : Renforcement du Programme National de Réduction des Risques, dont le Programme Thérapeutique de Substitution.
- **Action 95** : Assurer la disponibilité des psychotropes essentiels dans les établissements de soins de santé de base et dans les structures hospitalières psychiatriques.
- **Action 96** : Extension de la liste des psychotropes essentiels.
- **Action 97** : Mise en place de la nouvelle législation en santé mentale.
- **Action 98** : Intensification de la collaboration entre les secteurs publics, universitaire et privé pour toutes les actions concernant la santé mentale.
- **Action 99** : Développement de partenariats avec les agences et organismes internationaux et les coopérations bilatérales.
- **Action 100** : Promotion de la collaboration intersectorielle avec les ONG.

Dans le cadre des actions du Plan National en Santé mentale 2013–2016, le ministère de la santé a mis en place un projet en Mai 2015 intitulé Initiative KARAMA. Le lancement de cette initiative a pour objectif d'accélérer la mise en œuvre de solutions à des problèmes de santé mentale hautement prioritaires notamment la violation des droits des malades mentaux au site de Bouya Omar, l'inadéquation des structures de soins psychiatriques et le retard dans l'atteinte des objectifs du plan santé mentale 2013–2016 [4].

Le Maroc a fait donc au cours des dernières décennies, d'énormes progrès en matière de santé mentale, Malgré le fait d'avoir été confronté à de nombreuses contraintes et aux priorités de santé publique à un pays en voie de développement.

2 Aperçu sur les différentes tentatives contre Bouya Omar

Bouya Omar représente un site très structuré où les pensionnaires sont placés sans leur consentement et subissent des actes qui portent atteinte à leurs droits humains fondamentaux et constitue une infraction aux lois du Pays dont le Dahir de 1959 : Détention, privation de soins, et maltraitance. En raison de ces pratiques inhumaines, une série des tentatives importantes d'intervention a été menée.

La première a été celle d'une ONG à vocation sociale qui a tenté de se constituer en 2002, afin d'interférer directement avec les locataires du site. Malheureusement cette initiative a été très vite avortée. Il y a eu par la suite, en novembre 2008, une émission à grande écoute de la chaîne de télévision Al Aoula qui a réalisé une enquête très approfondie sur les pensionnaires de Bouya Omar. Cette émission a dévoilé les pratiques inhumaines ayant cours à ce site, les pensionnaires vivent avec des chaînes entravant les mains et les pieds. Ils sont réduits en esclavage, font des travaux pénibles, ne mangent pas à leur faim et ne bénéficient d'aucune protection. Cette émission montre que la famille de chaque pensionnaire paye mensuellement entre 500 et 2000 DH à son gardien. Chaque habitant, descendant de Bouya Omar, a entre 10 et 120 locataires. Ils ne reçoivent que du pain et du thé comme alimentation, et doivent en plus travailler pour le compte de leur geôlier en attendant leur guérison. Quelques réactions

des responsables l'ont suivi mais sans suites sur la situation des malades. Après ça, en décembre 2013, une association de défense de droits de l'homme avait déposé une requête auprès d'une délégation des Nations Unies en charge des dossiers relatifs à la séquestration abusive, afin d'attirer l'attention des organisations internationales sur ce qu'elle appelait "les Oublies de Bouya Omar » [20].

Il y eut par la suite, une étude transversale descriptive menée en 2014 auprès de 720 malades (détenues) au site de Bouya Omar qui a dévoilé le scandale de Bouya Omar aboutissant par la suite au début de la fermeture de ce sanctuaire. Cette étude a été Réalisée par une commission de coordination multisectorielle, composée de représentants du ministère de la Santé, de celui des Habous et des Affaires islamiques et de celui de la Solidarité, de la Femme, de la Famille et du Développement social, du CNDH et de la Ligue marocaine de citoyenneté et des droits de l'Homme [21]. L'étude a relevé en effet qu'à Bouya Omar [2] :

- 100% des personnes ont des troubles mentaux
- 70% ne reçoivent aucun traitement.
- Plus de 80 % ont un état général et nutritionnel détérioré.
- Mauvaises conditions d'hébergement (hygiène, maltraitance, promiscuité...)
- Environ 25% abandonnés par leur famille.

3 Initiative Karama

Pour mettre fin à ces pratiques inhumaines dans le site de Bouya Omar, le Ministère de la Santé a mis en place, en collaboration avec les partenaires concernés, une initiative médicale et humanitaire intitulée « Karama ». Cette initiative a été lancée dans le but de promouvoir le bien être mental des personnes atteintes de troubles mentaux, selon une approche des droits de l'Homme, d'assurer une prise en charge adéquate des malades mentaux de Bouya Omar respectant leur dignité humaine, d'humaniser et réhabiliter les structures de soins psychiatriques, d'accélérer la mise en œuvre des actions visant l'extension de l'offre de soins psychiatrique, et de redynamiser les actions de partenariat en santé mentale [4].

En vue de la mise en place de cette initiative, le Ministère de la Santé a mobilisé des moyens importants portant sur l'élargissement de la capacité litière des hôpitaux psychiatriques, la création de nouvelles structures hospitalières intégrées et le recrutement de 34 médecins et 122 infirmiers spécialisés en santé mentale. Une enveloppe budgétaire de 40 millions de Dirhams a été réservée pour l'achat de médicaments psychotropes et à visée somatique, aussi pour la mobilisation de plus de 60 ambulances pour le transfert des patients de leurs lieux de résidence du site de Bouya Omar vers les hôpitaux et les structures sociales au niveau des régions et provinces d'où ils proviennent. Par conséquent, l'initiative Karama a permis de libérer 822 résidents et de leur fournir un traitement et des soins sociaux gratuits, et de les réinsérer à leur demande, dans leur milieu familial et social, dès que leur état de santé mentale le permettra [4].

Cependant, malgré les efforts des autorités publiques pour promouvoir le secteur de la santé mentale, en raison de l'insuffisance des infrastructures et des ressources humaines, l'application lettre des articles du Dahir de 1959 reste limitée.

III. Rappel sur la schizophrénie

1 Epidémiologie

La prévalence du trouble schizophrénique dans la population générale est de 1% [22]. La prévalence moyenne en Europe a été estimée entre 2,5 et 5,3 pour mille avec de faibles variations entre les estimations ponctuelles, annuelles ou sur la vie entière [23].

2 Facteurs étiopathogéniques

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les causes restent actuellement inconnues. Néanmoins les études menées sur les hypothèses étiopathogéniques s'accordent à dire qu'elle est multifactorielle.

2.1 Facteurs génétiques

Le patrimoine génétique aurait un rôle dans la schizophrénie [24]. En effet, la présence d'un membre de la famille atteint de schizophrénie augmente le risque de développer cette maladie [25]. Lorsqu'il s'agit de jumeaux homozygotes, le risque devient très important et dépasse 50%. Plusieurs modèles de transmission génétique ont été proposés. Celui qui paraît le plus probable est le modèle polygénique multifactoriel à seuil dans lequel un ou plusieurs gènes confèrent une prédisposition à la maladie, cette prédisposition est-elle même influencée par des facteurs environnementaux [26].

Certains gènes ont été définis par des recherches comme marqueurs de risque. Il s'agit des gènes NRG1 et DTNBP1[27]. La région 22q11 est également incriminée en raison de la fréquence élevée des psychoses chez les sujets présentant une délétion pour ce fragment du chromosome 22 [28].

2.2 Facteurs neurobiologiques

Il s'agit d'un désordre biochimique en rapport avec un trouble du métabolisme de la dopamine et plus exactement un dysfonctionnement de la voie dopaminergique méso limbique [29]. Un autre neurotransmetteur, le glutamate et en particulier la fonction diminuée de son récepteur NMDA, est aussi incriminée dans la survenue de la maladie [30].

D'autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués : système Gabaergique, système sérotoninergique. Ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux, et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. Mais il reste difficile à ce jour de définir la première impulsion de ce dysfonctionnement [31].

2.3 Facteurs environnementaux

Ils tiennent une place importante dans l'étiologie de la schizophrénie (20% de la variance explicative) [32]. Il s'agit d'évènements extérieurs, non liés au génome de l'individu. La plupart de ceux-ci surviennent au cours de la grossesse, en périodes pré ou périnatales, mais peuvent également avoir lieu plus tard dans l'évolution [33]. Nous pouvons citer entre autres : les facteurs obstétricaux, les facteurs infectieux, les facteurs nutritionnels, les facteurs sociodémographiques (bas niveau socio-économique, célibat, chômage, immigration récente), les agents chimiques et physiques (plomb, mercure, radiations ionisantes, traumatismes) [34].

2.4 Facteurs psychologiques

Selon Tsoi et al.[35], ils se décomposent en éléments relevant du domaine cognitif et en facteurs dits « de personnalité ». On retrouve alors sur le plan cognitif un déficit de l'attention sélective, des fonctions exécutives et de la mémoire déclarative. Ces troubles cognitifs semblent

stables et les études s'accordent à dire que les personnes schizophrènes présentent des difficultés dans l'attribution d'états mentaux (théorie de l'esprit), et dans la capacité à distinguer les émotions et intentions des autres. Notons que les délires pourraient provenir des tentatives de la part du sujet de faire des liens entre les différentes informations disparates intégrées (avec incohérence et distorsion).

Quant aux facteurs « de personnalité », ils correspondraient dès le plus jeune âge à des difficultés dans les relations sociales, des problèmes dans le comportement, les habiletés motrices mais aussi le rendement scolaire chez l'enfant puis chez l'adolescent. Il convient de noter que des hypothèses ne considéraient pas ces troubles comme des facteurs prédisposants mais comme une expression précoce de la maladie. De même, des perturbations du contexte familial, avec une mesure des « Émotions Exprimées » (E.E) parentales élevées (excès de critique, d'hostilité, d'implication des proches envers le sujet et sa maladie), pourraient être des éléments prédisposants chez l'adulte. Soulignons aussi le rôle des capacités de résistance au stress dans le déclenchement de la schizophrénie [36].

2.5 Théorie neurodéveloppementale

Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle les patients schizophrènes présenteraient des anomalies structurelles cérébrales séquellaires de perturbations précoces du développement cérébral (lors de la vie obstétricale ou lors de la période périnatale). Ces lésions dysplasiques (qui seraient à l'origine d'une désorganisation importante des connexions synaptiques) n'auraient pas de traduction clinique jusqu'à l'adolescence, puis deviendraient alors symptomatiques du fait des processus maturationnels cérébraux ayant lieu à cette période de la vie, et de la

difficulté à assumer l'accroissement des stress cognitifs et psychosociaux survenant à cette même période [37].

Les anomalies structurelles cérébrales les plus fréquentes sont : l'élargissement des ventricules cérébraux, une diminution du volume cérébral total (3–5%), une diminution du volume total de substance grise, une atteinte fréquente de l'hippocampe gauche et de ses annexes [38] [39] [40]. Des différences fonctionnelles d'activité cérébrale, surtout au niveau de l'hippocampe, des lobes frontaux et temporaux, ont été décelées sur des coupes d'imagerie par résonance magnétique et des tests neurophysiologiques [41] [42].

3 Critères diagnostiques : DSM–5

La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique, qui se caractérise par ensemble d'anomalies cognitives, comportementales et émotionnelles, et aucun symptôme n'est pathognomonique du trouble. Le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et symptômes eux-mêmes associés à une altération du fonctionnement professionnel ou du fonctionnement social [43].

La publication du DSM–5 est un évènement majeur dans le champ de la psychiatrie. Il s'écarte sur de nombreux points des éditions précédentes, apportant plusieurs changements concernant la schizophrénie : un abandon des formes cliniques de la schizophrénie en faveur d'une évaluation dimensionnelle des signes et des symptômes, une relativisation de l'importance des symptômes de premier rang ainsi qu'une clarification de la définition des symptômes négatifs, une nouvelle spécification de l'évolution, une clarification du statut nosologique de la catatonie, et une

définition plus précise du trouble schizo- affectif délimitant ses contours et le séparant de la schizophrénie et des troubles de l'humeur avec caractéristiques psychotiques [44].

Les critères principaux de la schizophrénie selon le DSM-5 sont [43] :

a. Critère A

Deux (ou plus) parmi les symptômes suivants, chacun devant être présent dans une proportion significative de temps au cours d'une période d'un mois (ou moins en cas de traitement efficace). Au moins l'un des symptômes (1), (2) ou (3) doit être présent :

1. Idées délirantes.
2. Hallucinations.
3. Discours désorganisé.
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
5. Symptômes négatifs.

b. Critères B

Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

c. Critères C

Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c'est-à-dire des symptômes de la phase active),

et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A, présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

d. Critère D

Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit :

- Parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active.
- Parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

e. Critères E

La perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c'est-à-dire une drogue donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale.

f. Critères F

En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

4 Classification : DSM IV

Selon le DSM-IV R, cinq sous-types de la maladie sont définis [45] :

- **Paranoïde** : répondant aux critères suivants :
 - Une préoccupation par une ou plusieurs idées délirantes ou par des hallucinations auditives fréquentes.
 - Aucune des manifestations suivantes n'est au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé ou catatonique, ou affect abrasé ou inapproprié.
- **Désorganisé** : retenu quand toutes les manifestations suivantes sont au premier plan : discours désorganisé, comportement désorganisé, affect abrasé ou inapproprié.
- **Catatonique** : quand le tableau clinique est dominé par au moins deux des manifestations suivantes : immobilité motrice, activité motrice excessive, négativisme extrême, positions catatoniques, écholalie ou échopraxie.
- **Indifférencié** : qui correspond à un type de schizophrénie comprenant des symptômes répondant au critère A, mais ne répondant pas aux critères du type paranoïde, désorganisé ou catatonique.
- **Résiduel** : retenu devant l'absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucinations, de discours désorganisé et de comportement grossièrement désorganisé ou catatonique et la persistance d'éléments de la maladie mais sous une forme atténuée.

5 Traitement

La prise en charge est multidisciplinaire, incluant un traitement pharmacologique associé à une prise en charge psychothérapique et des mesures de réinsertion sociale. Une hospitalisation est souvent nécessaire notamment dans les phases aiguës.

5.1 Traitement médicamenteux

Il repose essentiellement sur les neuroleptiques ou les antipsychotiques atypiques, ces médicaments sont au centre de la prise en charge car ils représentent le seul traitement efficace de la plupart des symptômes [46].

5.1.1 Neuroleptiques

Lorsque le diagnostic de schizophrénie est posé, le traitement médicamenteux par neuroleptique est mis en place. L'hospitalisation du patient est généralement nécessaire pour faciliter son instauration. De très nombreux médicaments sont disponibles sur le marché (tableau 1).

En première intention, les recommandations privilégient un antipsychotique atypique dès le début de la maladie. La forme injectable à action prolongée est utilisée quand l'observance thérapeutique est de mauvaise qualité. Dans le traitement d'entretien, une monothérapie est préconisée. La posologie est maintenue à la dose efficace afin d'éviter les rechutes. Si l'efficacité de l'antipsychotique atypique est insuffisante, on peut prescrire un autre antipsychotique ou avoir recours à une association des antipsychotiques [47].

Tableau 1 : Les antipsychotiques indiqués dans la schizophrénie. [48]

Familles	DCI/Spécialités	Présentations et dosages	Effets indésirables les plus fréquents
Phénothiazines et dérivés	Chlorpromazine (Largactil®)	Cp séc, sol buvable, sol inj. (voie intramusculaire [IM] ou intraveineuse [IV] en perf)	Sédation, somnolence Signes extrapyramidaux : dyskinésie, dystonie Syndrome atropinique : rétention urinaire, constipation, sécheresse buccale, tachycardie
	Cyamémazine (Tercian®)	Cp séc, sol buvable, sol inj (IM)	Hypotension orthostatique
	Lévomépromazine (Nozinan®)	Cp séc, sol buvable, sol inj (IM)	Hyperprolactinémie, photosensibilisation et leucopénie
	Propériciazine (Neuleptil®)	Gél, cp séc, sol buvable	Hyperglycémie, effets cardiovasculaires
	Pipotiazine (Piportil®, Piportil L4®)	Cp séc, sol buv, sol inj (IM)	
	Fluphénazine (Modecate®)	Sol inj (IM)	
Thioxanthènes	Flupentixol (Fluanxol®)	Sol buvable, sol inj (IM)	Sédation, prise de poids, hypotension orthostatique, hyperprolactinémie, effets anticholinergiques
	Zuclopenthixol (Clopixol®)	Cp, sol buvable, sol inj (IM)	
Butyrophénonones et apparentés	Halopéridol (Haldol®, Haldol® Decanoas)	Cp, sol buvable, sol inj (IM)	Dyskinésies Troubles du rythme cardiaque et hyperprolactinémie
	Penfluridol (Semap®)	Cp	
	Pimozide (Orap®)	Cp	
Benzamides	Sulpiride (Dogmatil®, Synedil® Fort Gé)	Cp, cp séc	Troubles neurologiques, hyperprolactinémie
	Amisulpride ¹ (Solian®)	Cp séc, sol buvable, sol inj	
	Tiapride (Tiapridal®)	Cp séc	
Diazépines, oxazépines et thiazépines	Clozapine ¹ (Leponex®)	Cp séc	Hyperglycémie, agranulocytose, myocardite
	Loxapine (Loxacap®)	Cp, sol buvable	Prise de poids, hypotension, hyperprolactinémie
	Olanzapine ¹ (Zyprexa® Zypadhera®)	Cp, cp orodisp, pdre p sol inj	Hyperprolactinémie, troubles métaboliques, dyskinésies
	Quétiapine ¹ (Xeroquel®)	Cp à libération prolongée (LP)	Tachycardie, hyperprolactinémie, troubles métaboliques
Autres antipsychotiques	Aripiprazole ¹ (Abilify®, Abilify Maintena®)	Cp, cp orodisp, pdre/solv p susp inj LP	Fatigue, sédation, somnolence, hypotension orthostatique, prise de poids, céphalées, troubles du sommeil
	Palipéridone ¹ (Xeplion®)	Susp inj LP (IM)	
	Risperidone ¹ (Risperdal®, Risperdaloro®, Risperdalconsta®)	Cp séc, sol buvable, cp orodisp, pdre et sol pour susp inj IM	

5.1.2 Autres traitements médicamenteux

a. Anticholinergiques

Ils sont utilisés comme traitement des dyskinésies aiguës induites par les neuroleptiques classiques. Ils sont indiqués sur une durée brève si la réduction de la posologie des neuroleptiques n'a pas fait disparaître les symptômes. Ils sont inefficaces dans l'akathisie (qui répond mieux aux benzodiazépines ou aux bêtabloquants). Ils sont contre-indiqués dans les dyskinésies tardives qu'ils peuvent aggraver.

b. Antidépresseurs

Ils sont indiqués lorsqu'il existe une symptomatologie dépressive avérée en dehors de la phase aiguë (dépression post-psychotique), en association avec un neuroleptique, cette association réduirait le risque suicidaire.

c. Benzodiazépines

Ils potentialisent les effets sédatifs des antipsychotiques permettant d'employer des doses moins importantes. Leur durée de prescription doit être limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, diminution du tonus musculaire).

d. Thymorégulateurs

Ils sont indiqués en association dans les états d'excitation délirante atypique, les troubles schizo-affectifs, l'agressivité et les formes résistantes.

5.2 Traitement non médicamenteux

Une approche psycho-sociale bien conduite, en association avec le traitement neuroleptique permettra d'améliorer significativement l'adaptation sociale, la qualité de vie et de diminuer le risque de rechute.

5.2.1 Électro convulsivothérapie

La schizophrénie n'est pas une indication de première intention d'ECT, les neuroleptiques ont montré leur supériorité dans cette indication [36]. L'apport de la sismothérapie est considérable dans la schizophrénie résistante, et dans certaines formes cliniques (trouble schizo-affectif, épisode catatonique, forme paranoïde sévère avec risque vital, épisode aigu résistant aux médicaments). Elle peut être associée aux antipsychotiques dans le cadre de stratégie de potentialisation. L'efficacité de cette association porte essentiellement sur les symptômes positifs et sur le risque de rechute. Elle permet de potentialiser l'effet des médicaments, elle est indiquée essentiellement en phase aiguë, parfois en traitement d'entretien, étant donné que son effet est peu durable [49].

5.2.2 Psychothérapies

a. Remédiation cognitive

C'est l'un des modèles de réhabilitation cognitive. Les déficits cognitifs sont directement ciblés au travers d'exercices cognitifs répétés [50]. Ces stratégies de remédiation cognitive permettent d'améliorer des fonctions comme la mémoire de travail, l'attention [51], la perception des émotions [52] et les fonctions exécutives [53].

b. Psychoéducation

La sévérité et la chronicité de la schizophrénie sont essentiellement associées à un manque de conscience du trouble et à une mauvaise compliance thérapeutique. Les techniques psycho-éducatives ont été développées pour mieux informer les patients et leur famille sur la maladie et les traitements. Les techniques psycho-éducatives peuvent être individuelles ou groupales, elles font appel à différents supports (écrits, vidéo) et à différentes stratégies (cognitive et comportementale, psychologique). Un effet bénéfique des techniques psycho-éducatives a été montré au niveau du fonctionnement social, de la qualité de vie [54] et de la compliance thérapeutique [55].

c. Thérapies cognitives et comportementales

Les TCC sont actuellement utilisées dans les programmes de développement des habiletés sociales. Leur efficacité a été démontrée à court et moyen termes sur le taux de rechute, la réduction des symptômes et la réadaptation sociale des schizophrènes [56].

5.2.3 Ergothérapie

A travers les différentes activités utilisées (manuelles, artisanales, artistiques ou autres), l'ergothérapie permet aux patients de retrouver une capacité relationnelle, d'accroître leurs capacités d'adaptation à la vie en société, de restaurer leur autonomie dans les activités quotidiennes, de développer leurs ressources personnelles et leurs intérêts, de connaître et accepter leurs limites, de regagner la confiance en eux et exprimer leurs sentiments.

5.2.4 Réhabilitation psycho-sociale

C'est un ensemble d'interventions (reclassement professionnel, centre d'aide pour le travail, allocation adulte handicapé, hôpital de jour...) qui permettent une réinsertion et une réadaptation du patient dans le milieu socioprofessionnel.

PARTIE PRATIQUE

I. Objectifs de l'étude

Notre travail permet de répondre aux objectifs suivants :

- Evaluer l'impact de l'initiative Karama sur le devenir clinique et psychosocial des patients résidents de Bouya Omar qui ont été référés vers les services psychiatriques.
- Décrire les paramètres sociodémographiques de ces patients.
- Décrire les conditions de résidence de ces patients au niveau de Bouya Omar.
- Décrire le profil clinique et les différents moyens thérapeutiques utilisés dans leur prise en charge au niveau des structures psychiatriques après l'évacuation de Bouya Omar

II. Matériel et Méthodes

1 Type d'étude

Notre étude est transversale à visée descriptive et analytique, étalée sur une période de 18 mois, allant du septembre 2018 à mars 2020.

2 Population d'étude

Nous avons ciblé les patients qui ont été référés du site de Bouya Omar aux services psychiatriques dans le cadre de l'opération Al Karama. On a recruté les patients hospitalisés, suivis en ambulatoires ou placés dans des centres sociaux :

- Du service psychiatrique à l'hôpital Ibn Al-Hassan de Fès.
- Du service psychiatrique à l'hôpital Ibn Baja de Taza.
- Du service psychiatrique à l'hôpital Moulay Ismail de Meknès.
- Du service psychiatrique à l'hôpital Hassan II d'Al-Araoui.
- Du service psychiatrique à l'hôpital Mohamed VI de Bouarfa.
- Du service psychiatrique à l'hôpital lieutenant Mohamed Bouafi de Casablanca.
- Du centre d'accueil des malades psychiatriques et des personnes en situation de handicap mental de Meknès.
- Du centre social Bab el khoukha de Fès.

❖ Critères d'inclusion

- Les patients référés du village de Bouya Omar vers les services psychiatriques.

❖ Critères d'exclusion

- Les patients ayant refusé de participer à l'étude.
- Les patients dont les parents ont refusé de participer à l'étude.

3 Recueil de données

Les données ont été recueillies sur une fiche d'exploitation (annexe 1), comprenant un hétéro-questionnaire, précisant les :

3.1 Paramètres sociodémographiques

Ils ont porté sur les données démographiques relatives au patient (âge, sexe, l'origine géographique...) et l'état social (niveau d'étude, niveau socio-économique...).

3.2 Antécédents personnels et familiaux

Les données cliniques ont porté sur les antécédents personnels somatiques, d'usage de substances, judiciaires, et les antécédents d'hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar, ainsi que les antécédents psychiatriques familiaux.

3.3 Résidence au Bouya Omar

Les données ont porté sur les motifs d'acheminement des patients vers le site de Bouya Omar, et les différentes conditions dans lesquelles ils vivaient.

3.4 Evacuation des patients vers les structures psychiatriques

Ils se sont concentrés sur les données cliniques des patients, et les différents moyens thérapeutiques utilisés pour la prise en charge thérapeutique dans les différentes structures psychiatriques après l'évacuation de Bouya Omar.

3.5 Evolution des patients

Les données ont porté sur le devenir clinique et social des patients, ainsi que l'attitude de leur famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar, et les degrés de la satisfaction des patients par rapport à la prise en charge dans le site de Bouya Omar et les structures psychiatriques.

4 Echelles psychométriques

4.1 PANSS (Positive and Negative Syndrome Scale)

a. **Domaine d'application**

PANSS ou échelle des symptômes positifs et négatifs, est une échelle utilisée pour mesurer la sévérité des symptômes chez les patients atteints de schizophrénie. Elle a été publiée en 1987 par Stanley Kay, Lewis Opler et Abraham Fiszbein. Nous avons utilisé la version traduite et validée en langue française par J.P. Lépine (Annexe 2).

b. **Mode de passation**

L'échelle a été remplie à partir d'un entretien avec nos patients.

c. **Cotation**

L'échelle est subdivisée en 3 sous-échelles :

- **Échelle positive** : cotée de 7 à 49.
- **Échelle négative** : cotée de 7 à 49.
- **Échelle psychopathologique générale** : cotée de 16 à 112.

d. **Normes**

Le score total permet de classer les patients dans 5 catégories :

- **Rémission** : pour un score inférieur à 40.
- **Légèrement malade** : pour un score entre 40 et 65.
- **Modérément malade** : pour un score entre 66 et 85.
- **Notoirement malade** : pour un score entre 86 et 105.
- **Sévèrement malade** : pour un score supérieur à 106.

4.2 CGI (Clinical Global Impression)

a. Domaine d'application

CGI ou Clinical Global Impression, il s'agit de 3 scores plutôt que d'échelles, présentant l'avantage de la simplicité d'utilisation, et de leur adaptation à toutes les formes de pathologies avec ou sans comorbidité. Elle a été publiée en 1976 par Guy W. (Annexe 3).

b. Mode de passation

L'échelle a été remplie à partir d'un entretien avec nos patients.

c. Cotation

L'échelle est subdivisée en 3 scores :

- **CGI-sévérité** : coté sur 7 paliers de réponse, qui permet de Mesurer la gravité du trouble mental actuel du patient.
- **CGI-amélioration** : coté sur 7 paliers de réponse, qui permet de Mesurer l'amélioration globale du patient.
- **CGI-index thérapeutique** : coté sur 16, qui tient compte à la fois de l'efficacité et des effets secondaires, il permet d'effectuer une mesure combinée de l'effet clinique principal et des effets secondaires. A noter que ce système pondère plus fortement l'effet thérapeutique que l'effet secondaire.

4.3 MARS (Medication Adherence Report Scale)

a. Domaine d'application

MARS (Annexe 4) ou Medication Adherence Report Scale, il s'agit d'un instrument de mesure validé pour l'observance thérapeutique. Nous avons utilisé la version traduite et validée en langue française par Misdrahi et al en 2004.

b. Mode de passation

L'échelle a été remplie à partir d'un entretien avec nos patients.

c. Cotation

L'échelle comprend 5 questions à parcourir avec le patient auxquels les sujets répondent par oui/non. Le score total offre un aperçu de l'observance thérapeutique.

d. Normes

Si le score total du MARS est de 21 ou si le score atteint 4 à chaque question individuelle, le patient est considéré comme compliant au traitement.

4.4 HCR -20 (The Historical Clinical Risk Management 20)

a. Domaine d'application

HCR -20 ou The Historical Clinical Risk Management 20, est une échelle particulièrement utilisée dans le champ de l'évaluation du risque de violence. Elle a été traduite en français par Pham et validée (Annexe 5).

b. Mode de passation

L'échelle a été remplie à partir d'un entretien avec nos patients.

c. Cotation

L'échelle comporte 20 facteurs résumant les informations sur le passé, le présent et l'avenir du patient. Le total de l'échelle va de 0 à 40, chaque

item est évalué sur la base d'un score de 0 à 2 et la pondération des différents items prise en compte dans l'estimation finale du risque.

4.5 EGF (Évaluation du Fonctionnement Global du patient)

a. Domaine d'application

EGF, ou GAF « Global Assessment of Functioning » est une échelle numérique (allant de 0 à 100) utilisée en psychiatrie pour évaluer le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'un individu. Il s'agit d'un continuum hypothétique allant de la santé mentale à la maladie. Cette échelle permet de coter l'axe V du DSM-IV. Nous avons utilisé la version française de la GAF traduite et validée par Guelfi et Boyer (annexe 6).

b. Mode de passation

L'échelle a été remplie à partir d'un entretien avec nos patients.

c. Cotation

L'échelle est divisée en 9 intervalles : 1-10 ; 11-20 ; 21-30 ; etc. comportant une description des symptômes possiblement présentés par le sujet, de son comportement et de son niveau de fonctionnement. L'échelle originale comportait un intervalle supérieur de 91-100 qui a été supprimé car il n'était destiné à coter que des sujets ayant un fonctionnement particulièrement performant dans tous les domaines de vie. L'échelle est basée sur la classification du DSM-III-R (l'axe V) et est particulièrement utile pour suivre les progrès cliniques de patients au moyen d'un score unique.

5 Aspects éthiques

Dans le but de respecter les aspects éthiques, des demandes d'accès à l'information ont été sollicitées de la part du directeur régional de la santé Fés–Meknes (annexe 7), les délégués du ministre de la santé à la province de Nador (annexe 8), Figuig (annexe 9), et à la préfecture Al Fida Mers sultan de Casablanca (annexe 10).

Les patients n'ont été recrutés pour l'étude qu'après l'obtention de leur consentement éclairé ainsi de leurs parents (annexe 11). Le recueil des données s'est fait dans le respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations.

6 Méthodes statistiques

Les données ont été saisies et codées sur Excel (version 2019). Puis l'analyse statistique a été effectuée en utilisant le logiciel SPSS (version 26). L'analyse s'est basée sur deux études :

- Une étude descriptive à deux variables : qualitative et quantitative.
 - Pour les variables qualitatives, nous avons utilisé des pourcentages.
 - Pour les variables quantitatives, nous avons utilisé des moyennes, des valeurs extrêmes et des écarts–types.
- Une étude analytique : la réalisation de cette étude a fait appel à des tests statistiques notamment :
 - Le test ANOVA.
 - Le test khi2, quand les conditions d'application du test khi2 étaient absentes, nous avons utilisé le test exact de Fisher. Le test est considéré comme significatif lorsque p (degré de signification) était inférieur à 0,05.

III. RESULTATS

A. ETUDE DESCRIPTIVE

1 Description de l'échantillon étudié

Selon l'opération Bouya Omar, 822 patients ont été évacués de Bouya Omar, ils ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique et sociale gratuite. De ce fait, ils ont été réinsérés à leur demande, dans leur milieu familial et social, dès que leur état de santé mentale le permettra. Notre étude est concentrée sur les patients qui ont été évacués vers les services psychiatriques. On a colligé un échantillon de 52 patients parmi 84 qui ont été évacués vers cinq structures psychiatriques ciblées :

- 13 patients parmi 15 évacués, ont été recrutés dans le service psychiatrique de l'hôpital Mohammed Bouafi de Casablanca.
- 9 patients parmi 16 évacués, dans le service psychiatrique de l'hôpital Hassan II de Bouarfa.
- 9 patients parmi 15 évacués, dans le service psychiatrique de l'hôpital Moulay Ismail de Meknès dont 7 ont été vus au niveau du centre d'accueil des malades psychiatriques et des personnes en situation du handicap mental de Meknès, et 2 ont été recrutés en consultation.
- 8 patients parmi 13 évacués, dans l'hôpital Ibn Hassan de Fès dont 2 ont été vus au niveau du centre social Bab Khoukha de Fès, et 6 ont été recrutés au niveau de la consultation, ainsi qu'au service psychiatrique de l'hôpital.
- 7 patients parmi 18 évacués, dans le service psychiatrique de l'Hôpital Mohammed VI d'Al-Araoui.
- 6 patients parmi 7 évacués, ont été recrutés en consultation du service psychiatrique de l'hôpital Ibn Baja de Taza. (Figure 3)

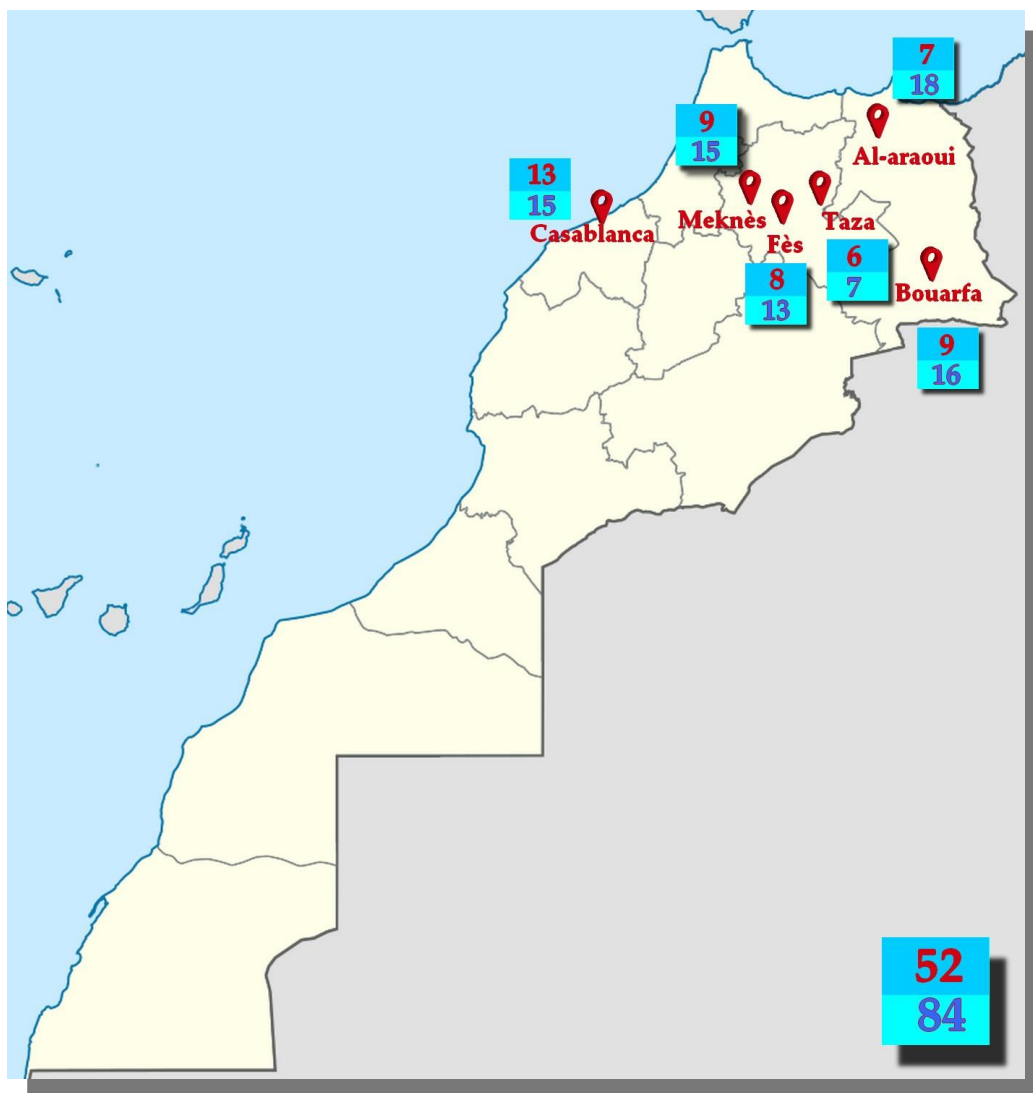


Figure 3 : Répartition des patients selon les villes des services psychiatriques ciblés.

Concernant les 84 patients qui ont été évacués de Bouya Omar vers les services psychiatriques ci-dessus, 39 patients ont été réinsérés dans le milieu familiale, 31 patients restent toujours en hospitalisations, 9 patients ont été transférés vers les centres sociaux, 4 patients sont décédés, et 1 patient sans domicile fixe. (Figure 4)

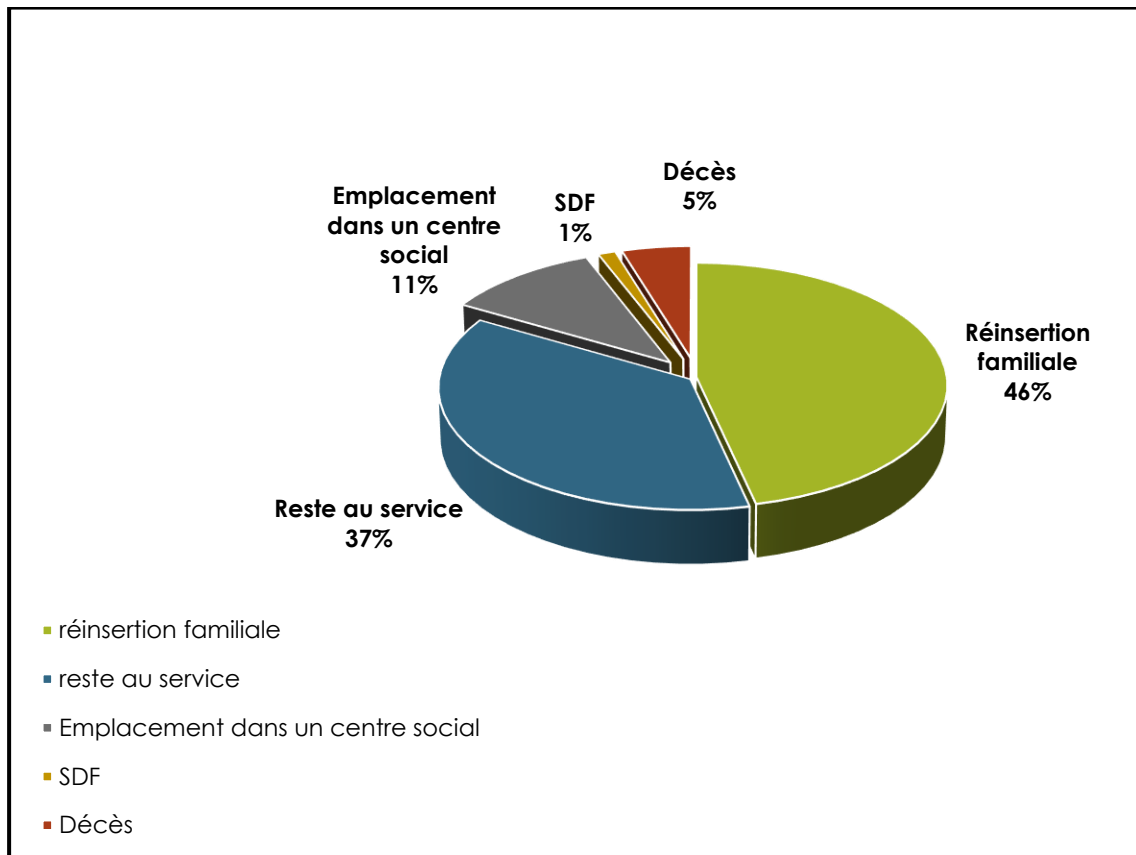


Figure 4 : Répartition des patients selon leur devenir social (N=84).

2 Caractéristiques sociodémographiques des patients

2.1 Age

L'âge moyen de nos patients était de 43,08 ans (\pm 8,666 ans), avec une prédominance de la tranche d'âge comprise entre 38 et 47 ans. (Figure 5)

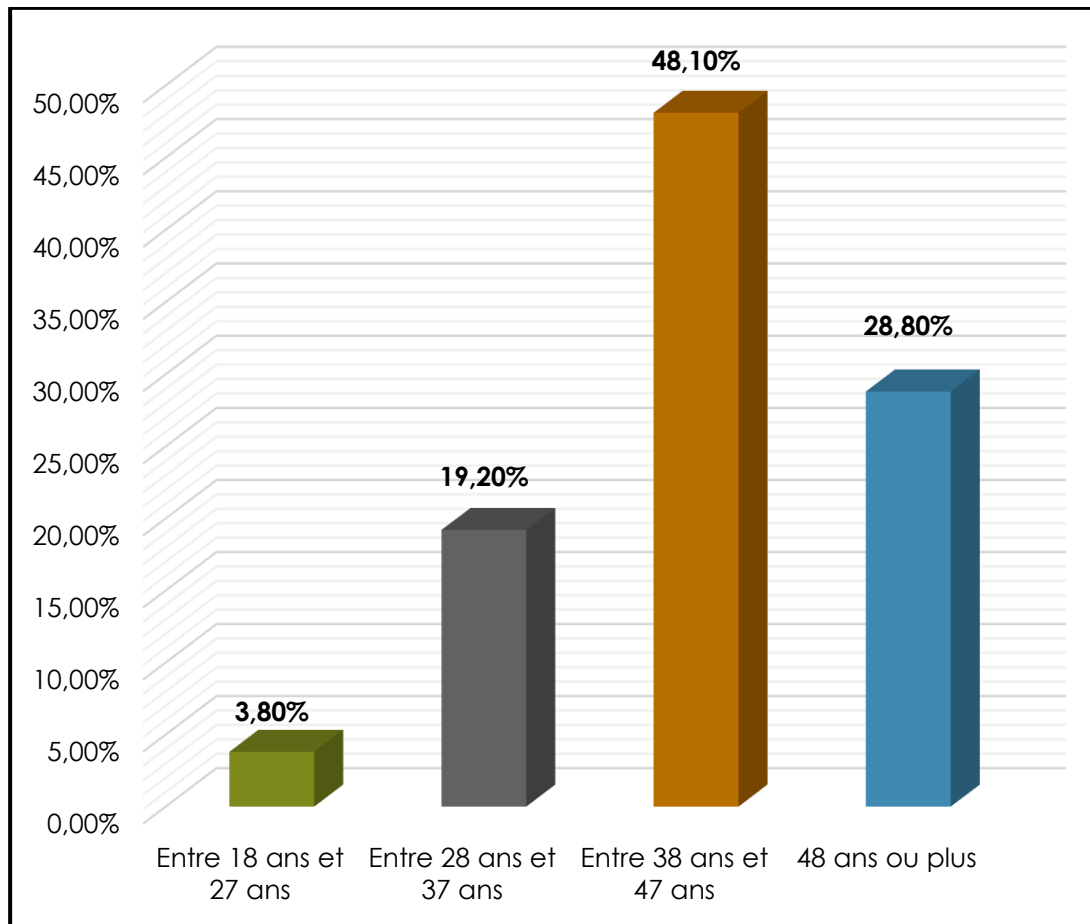


Figure 5 : Répartition des patients selon la tranche d'âge. (N=52)

2.2 Sexe

100% (52 cas) des patients sont de sexe masculin.

2.3 Statut marital

On a constaté que 49 patients (94.4%) sont célibataires, 2 patients mariés (3,8%), et un divorcé (1,9%). (Figure 6)

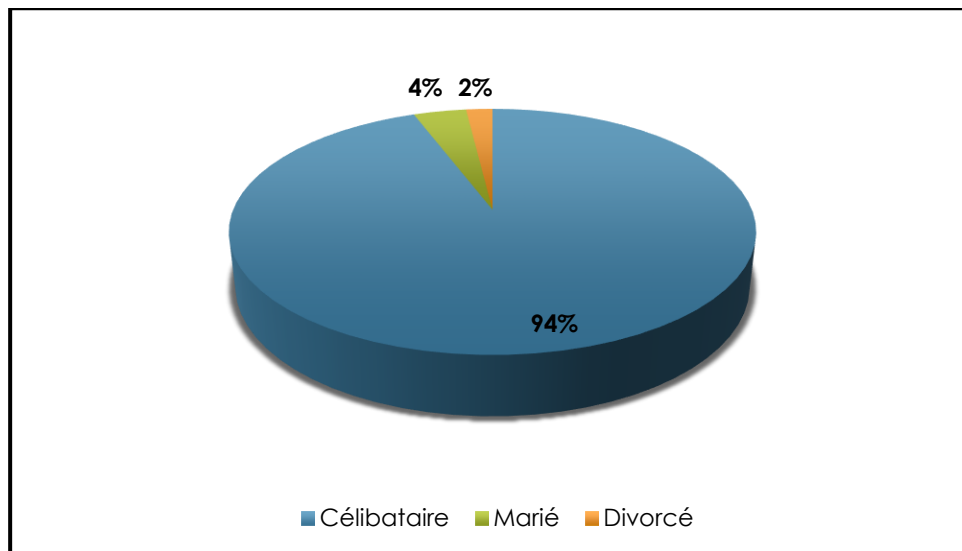


Figure 6 : Répartition des patients selon l'état marital. (N=52)

2.4 Statut professionnel

Dans notre échantillon, 31 patients (59,6%) étaient sans activité professionnelle, 13 (25%) avaient une activité régulière, et 8 (15,4%) avaient une activité irrégulière. (Figure 7)

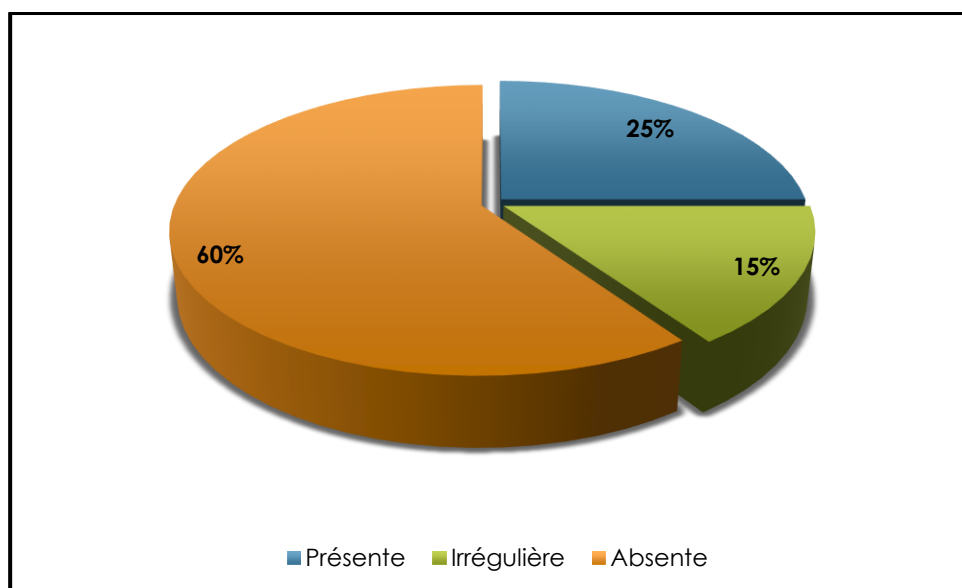


Figure 7 : Répartition des patients selon leur activité professionnelle. (N=52)

2.5 Niveau socio-économique

Le niveau socio-économique était faible chez 76,9% des sujets de notre population (40 patients), avec un revenu mensuel ne dépassant pas 2000 Dirhams. (Figure 8)

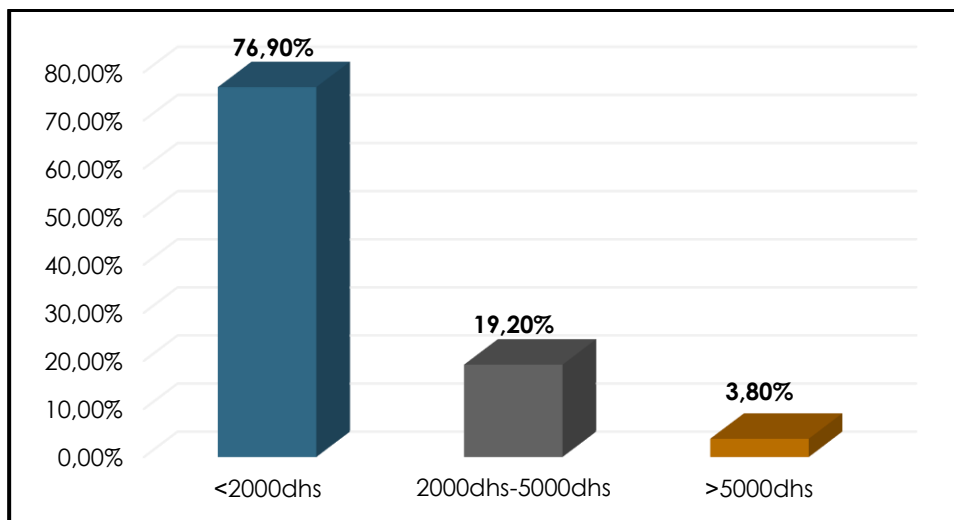


Figure 8 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique. (N=52)

2.6 Niveau d'instruction

On a noté que 5 patients (9,6%) n'ont jamais été scolarisés, 14 (26,9%) ont arrêté leurs études en primaire, 30 (57,7%) en secondaire, et 3 seulement (5,8%) ont poursuivi leurs études jusqu'à l'université. (Figure 9)

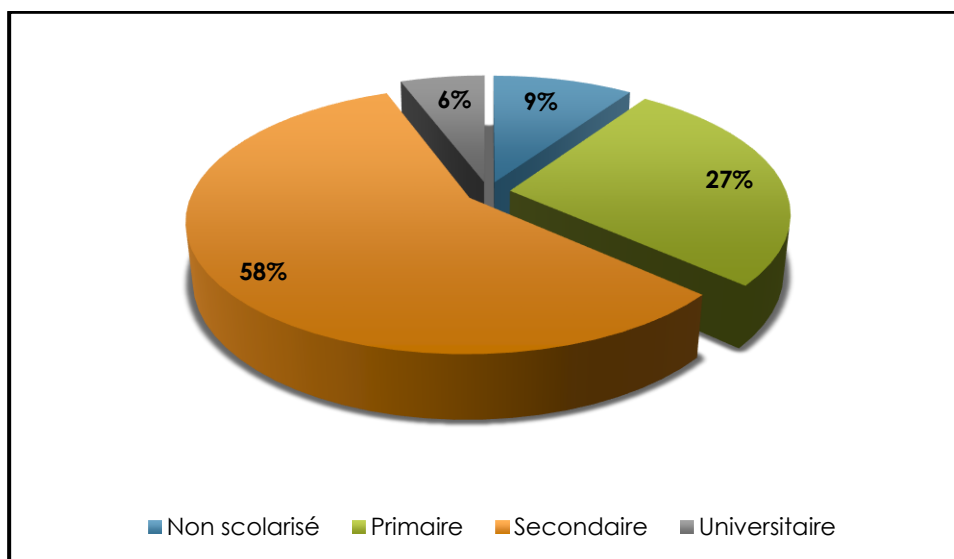


Figure 9 : Répartition des patients selon le niveau d'instruction. (N=52)

2.7 Lieu de résidence

On a constaté que 44 patients (84,6%) vivaient en milieu urbain, et 8 patients (15,4%) vivaient en milieu rural. (Figure 10)

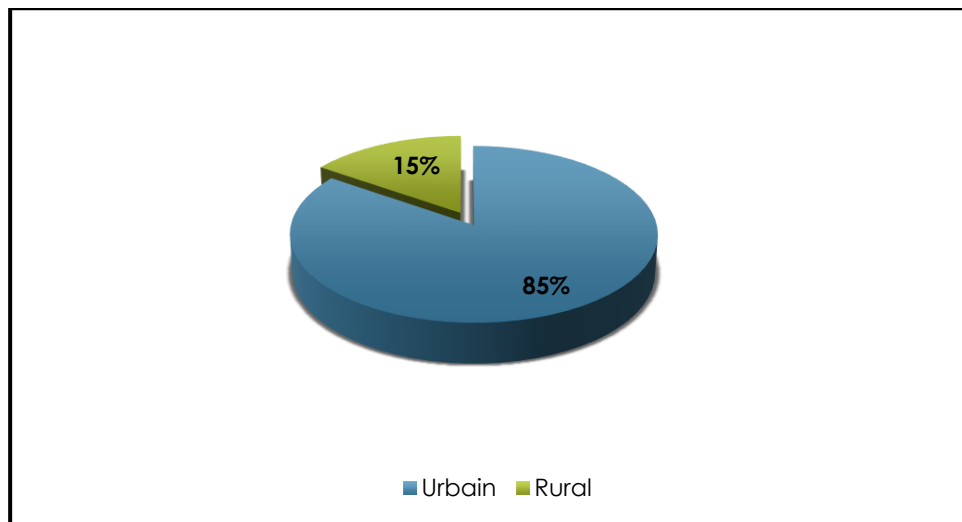


Figure 10 : Répartition des patients selon le lieu de résidence. (N=52)

2.8 Mode de recrutement

60% (31 cas) des patients ont été recrutés aux services psychiatriques, 23% (12 cas) vus aux consultations, et 17% (9 cas) au sein des centres sociaux. (Figure 11)

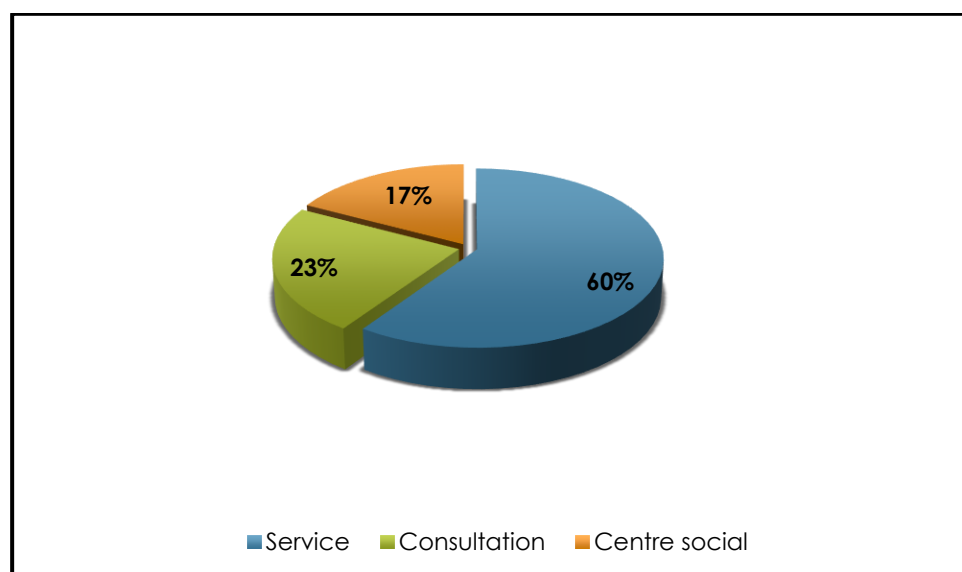


Figure 11 : Répartition des patients selon le mode de recrutement. (N=52)

3 Antécédents personnels et familiaux

3.1 Antécédents personnels

3.1.1 Antécédents médicaux et chirurgicaux

Dans notre population, 21,2 % des patients (11 cas) n'avaient aucun antécédent, par contre 78,8 % (41 cas) des patients avaient des antécédents.

Les antécédents médicaux ont été présents chez 3,8 %, à type d'HTA (2 cas).

15,4 % des patients avaient des antécédents chirurgicaux à type d'opération pour : polypectomie colique (1 cas), hydrocèle (1 cas), appendicectomie (1 cas), hernie inguinale (1 cas), Amygdalectomie (1 cas), hémorroïdectomie (1 cas), fracture de la jambe (1 cas), fracture de l'avant-bras (1 cas). (Figure 12)

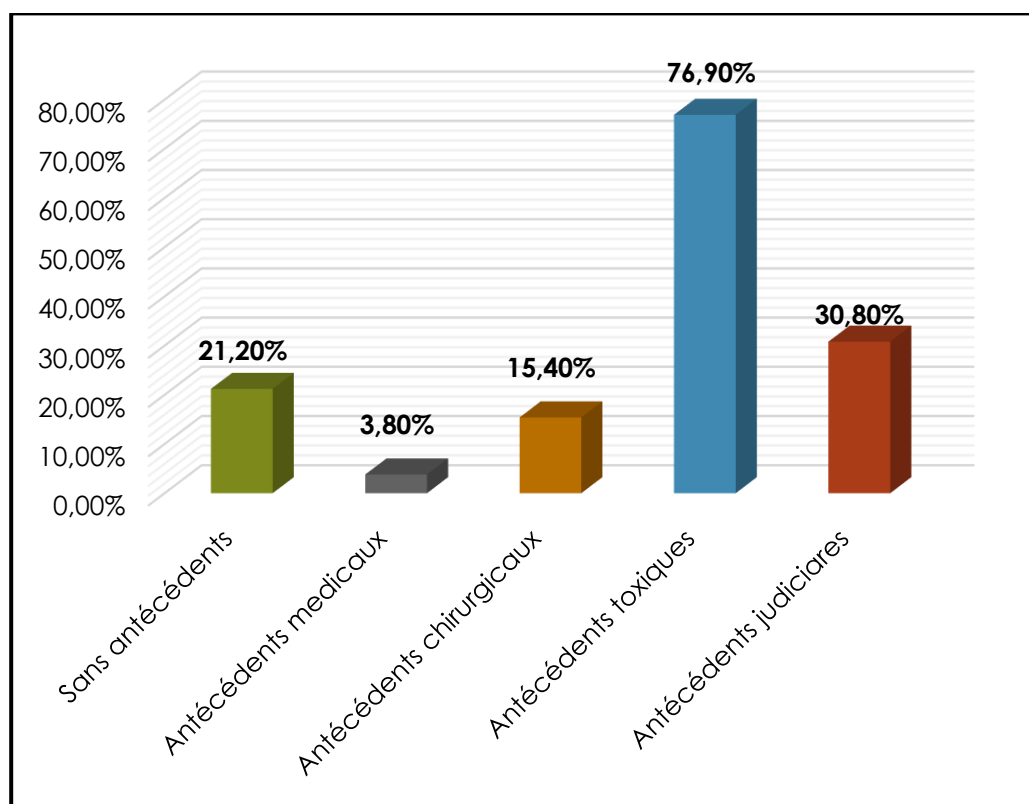


Figure 12 : Répartition des patients selon le type des antécédents personnels.

(N=52)

3.1.2 Antécédents d'usage de substances

Concernant la nature des substances utilisées, 40 patients (76,9%) consommaient du tabac, 15 (28,8%) de l'alcool, 29(55,8%) utilisaient du cannabis, et 5 (9,6%) prenaient autres substances. (Figure 13)

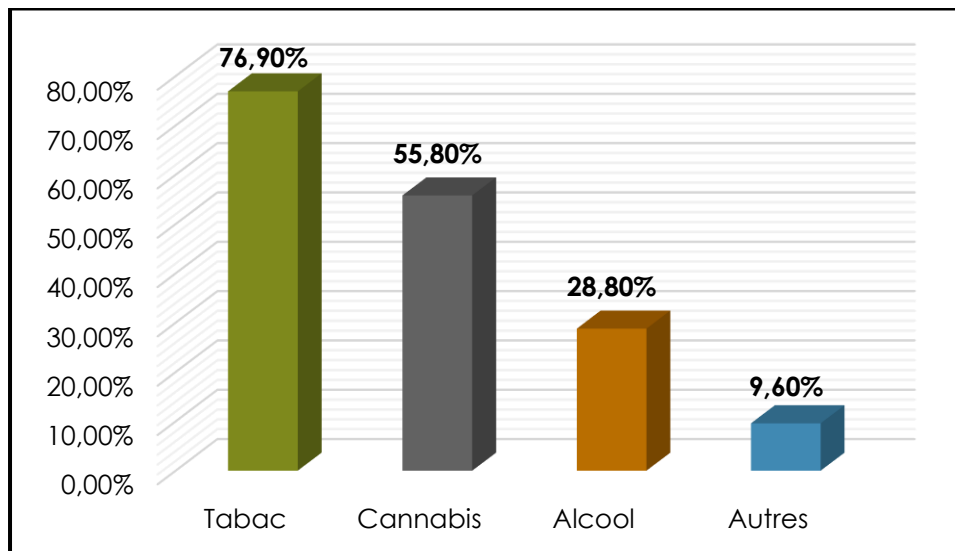


Figure 13 : Répartition des patients selon la nature des substances utilisées.

(N=52)

a. Consommation du tabac

La durée moyenne de la consommation du tabac était de 19,15 ans (\pm 9,786 ans) avec des extrêmes allant d'un an à 40 ans, le nombre moyen des paquets par jour était de 0.813 paquets par jour.

b. Consommation du cannabis

La durée moyenne de la consommation du cannabis était de 11,52 ans (\pm 8,240 ans) avec des extrêmes allant d'un an à 30 ans, le nombre moyen des joints par jour était de 2 joints par jour.

c. Consommation d'alcool

La durée moyenne de la consommation d'alcool était de 11,64 ans (\pm 7,958 ans) avec des extrêmes allant d'un an à 30 ans, le nombre moyen des verres par jour était de 2,893 verres par jour.

3.1.3 Antécédents judiciaires

16 de nos patients avaient des antécédents judiciaires (soit un taux de 30,8%). La violence physique était le motif d'incarcération le plus représenté avec un taux de 13,50% (7 cas). (Figure 14)

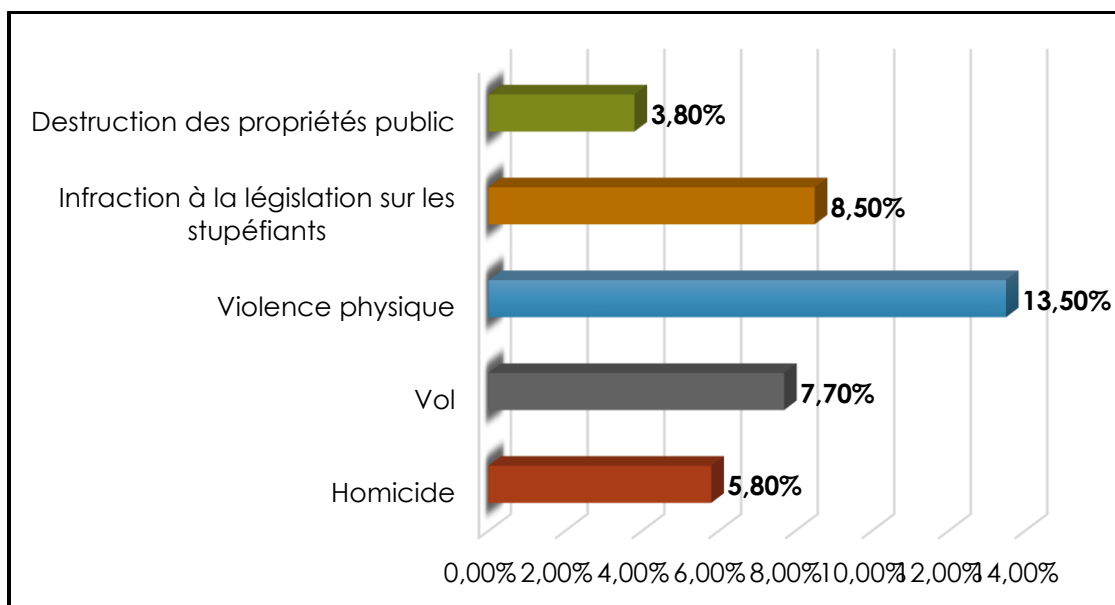


Figure 14 : Répartition des patients selon le motif d'incarcération. (N=52)

12 de nos patients (23.10 %) avaient une seule incarcération, avec une durée moyenne de 12,56 mois ($\pm 16,371$ mois) et des extrêmes allant d'un mois à 60 mois. (Figure 15)

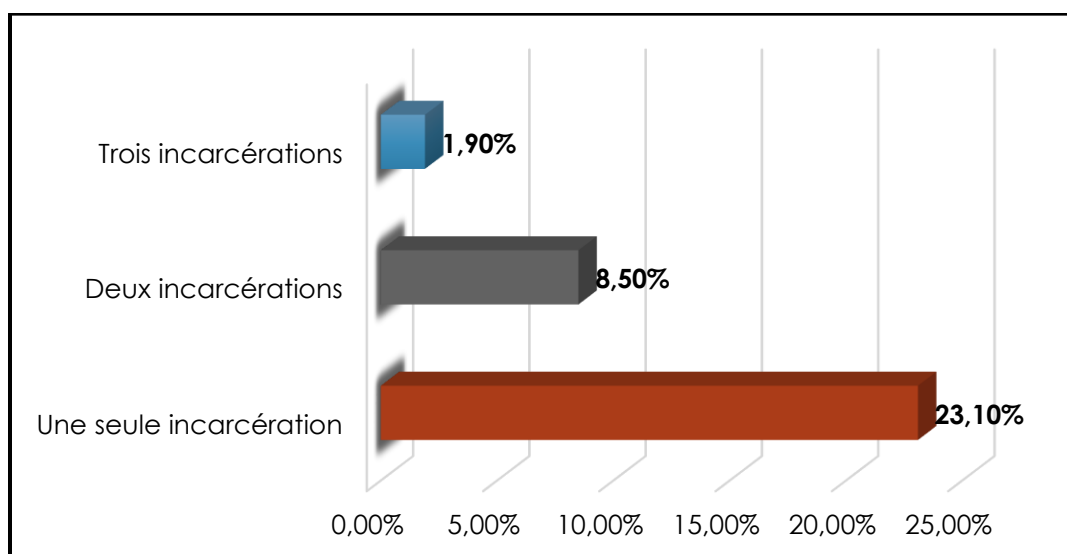


Figure 15 : Répartition des patients selon le nombre des incarcérations. (N=52)

3.1.4 Antécédents d'hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar

On a constaté que 44 patients (85%) avaient des hospitalisations antérieures au niveau des services psychiatriques, et 8 patients n'avaient aucune hospitalisation psychiatrique antérieure (15%). (Figure 16)

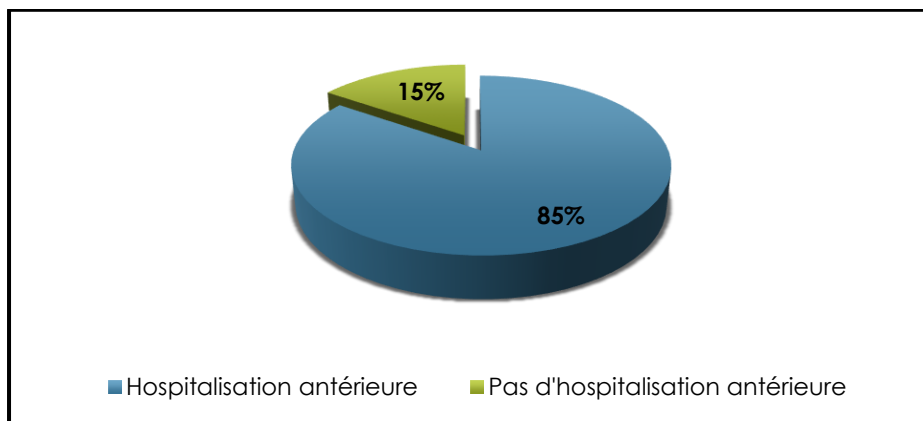


Figure 16 : Répartition des patients selon la présence des hospitalisations psychiatriques antérieures. (N=52)

a. Nombre des hospitalisations psychiatriques

Le nombre moyen des hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar était 4,43 fois ($\pm 2,832$ fois), avec prédominance des cas qui avaient un nombre d'hospitalisations entre 3 et 6 fois (25 cas soit 48,10%). (Figure 17)

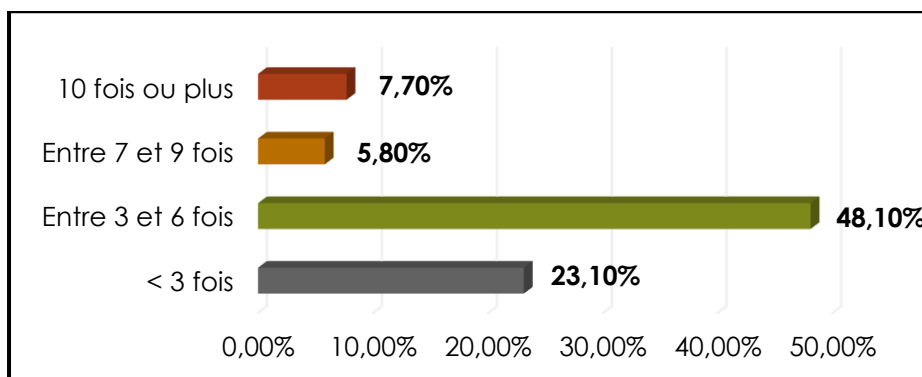


Figure 17 : Répartition des patients selon le nombre des hospitalisations psychiatriques antérieures. (N=44)

b. Durée moyenne des hospitalisations psychiatriques (n=21)

A travers l'entretien avec le patient et ses proches ainsi que les données cliniques disponibles dans les dossiers médicaux, on a colligé un échantillon de 21 patients dont la durée moyenne de leurs hospitalisations psychiatriques était de 20,78 jours (\pm 7,669 jours), avec un maximum de 35 jours et un minimum de 7 jours.

c. Durée cumulative des hospitalisations psychiatriques (n=21)

On a noté que chez 21 patients, la moyenne de la durée cumulative des hospitalisations psychiatriques était de 68,48 jours (\pm 46,882 jours) avec un maximum de 175 jours et un minimum de 14 jours.

d. Mode de la dernière hospitalisation psychiatrique

33 patients (75%) ont été hospitalisés sous contrainte. (Figure 18)

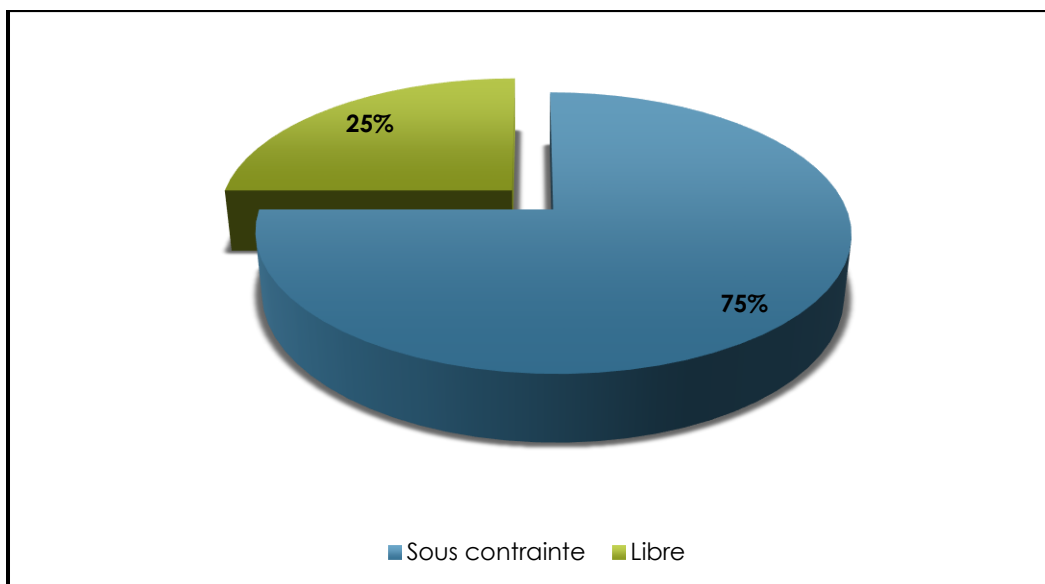


Figure 18 : Répartition des patients selon le mode de la dernière hospitalisation antérieure. (N=44)

e. Prise en charge thérapeutique de la dernière hospitalisation psychiatrique avant l'acheminement vers Bouya Omar (n=5)

A partir des données cliniques disponible dans les dossiers médicaux avant l'acheminement vers Bouya Omar. On a trouvé que la totalité des patients ont été mis sous association de deux neuroleptiques, l'usage des NAP a été observé chez les 5 patients, suivi par NL classiques chez 4 cas, et les antipsychotiques atypiques seulement chez un cas.

Pour Les NL classiques, 4 patients ont été mis sous Chlorpromazine aussi pour l'Halopéridol, et 1 patient a été mis sous Lévomépromazine. Pour Les antipsychotiques atypiques, seulement un patient a été mis sous rispéridone (Figure 19).

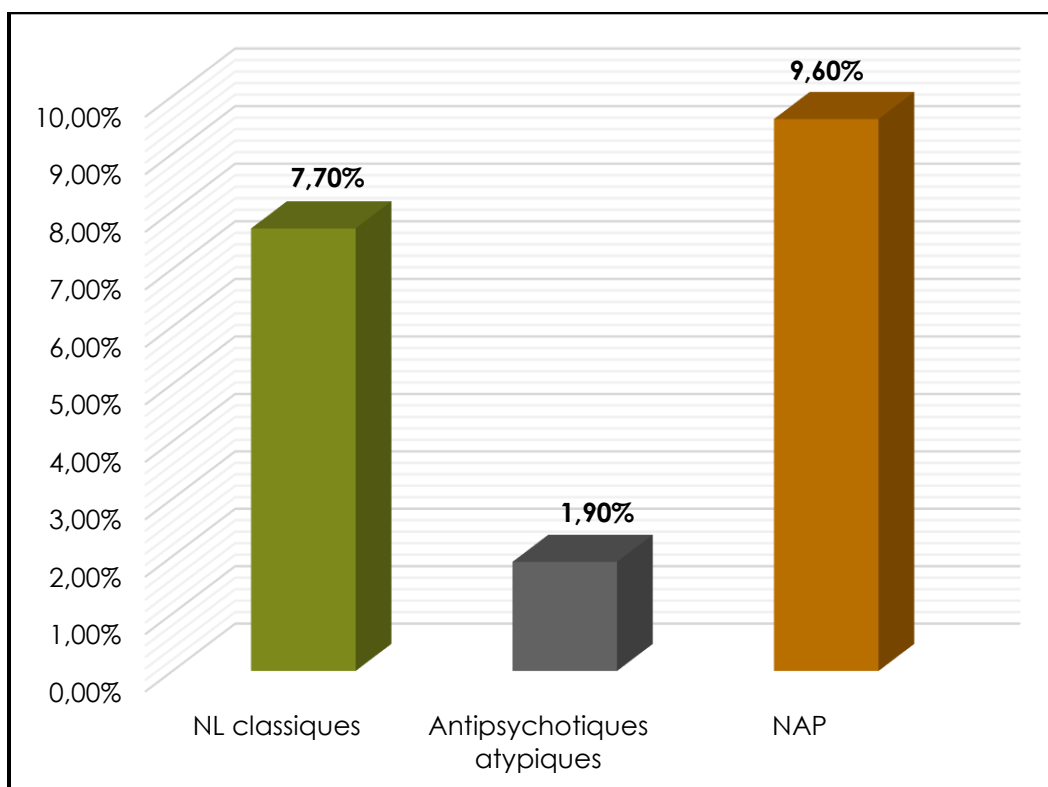


Figure 19 : Répartition des patients en fonction de type des neuroleptiques.

(N=52)

3.2 Antécédents familiaux

Des antécédents psychiatriques familiaux ont été retrouvés chez 10 patients avec un taux de 19%, notamment 4 cas de schizophrénie, et 6 cas dont la nature de l'antécédent psychiatrique familial n'était pas précisée. (Figure 20)

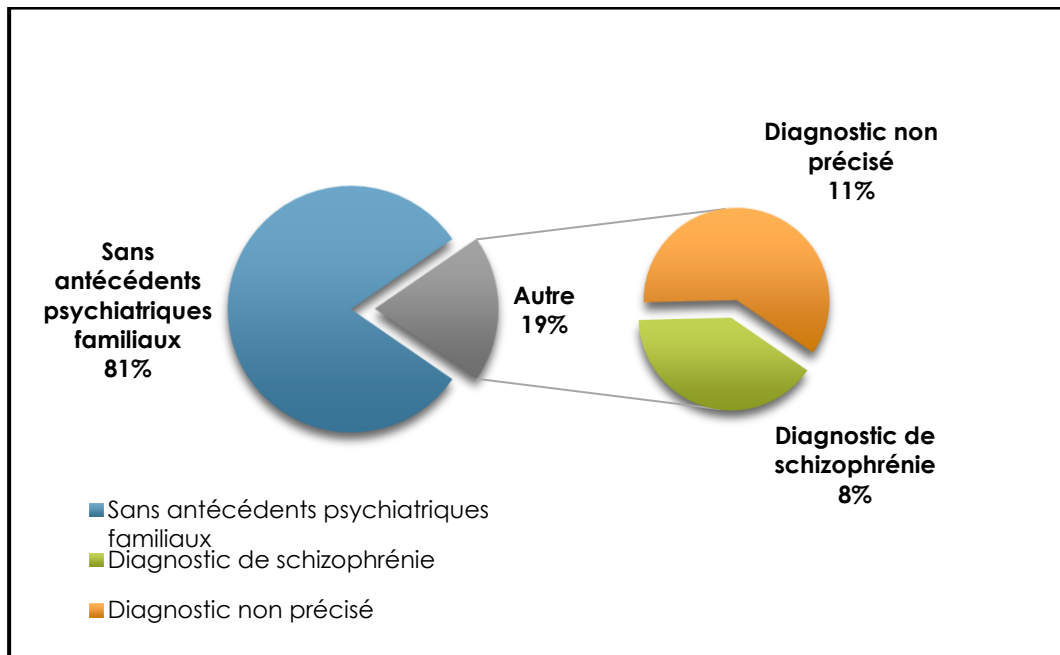


Figure 20 : Répartition des patients selon les antécédents psychiatriques familiaux. (N=52)

4 Résidence au Bouya Omar

Les données ont porté sur la période de la résidence des patients au niveau de Bouya Omar. Elles sont recueillies à partir de l'interrogatoire avec le patient et ses proches.

4.1 Motif d'emplacement

La majorité des patients ont été acheminés vers Bouya Omar sous motif d'hétéro-agressivité avec un taux de 90,40% (47 cas), suivi par le motif des conduites addictives avec un taux de 51,90% (27 cas), et le rejet familial pour 22 cas (42,30%). (Figure 21)

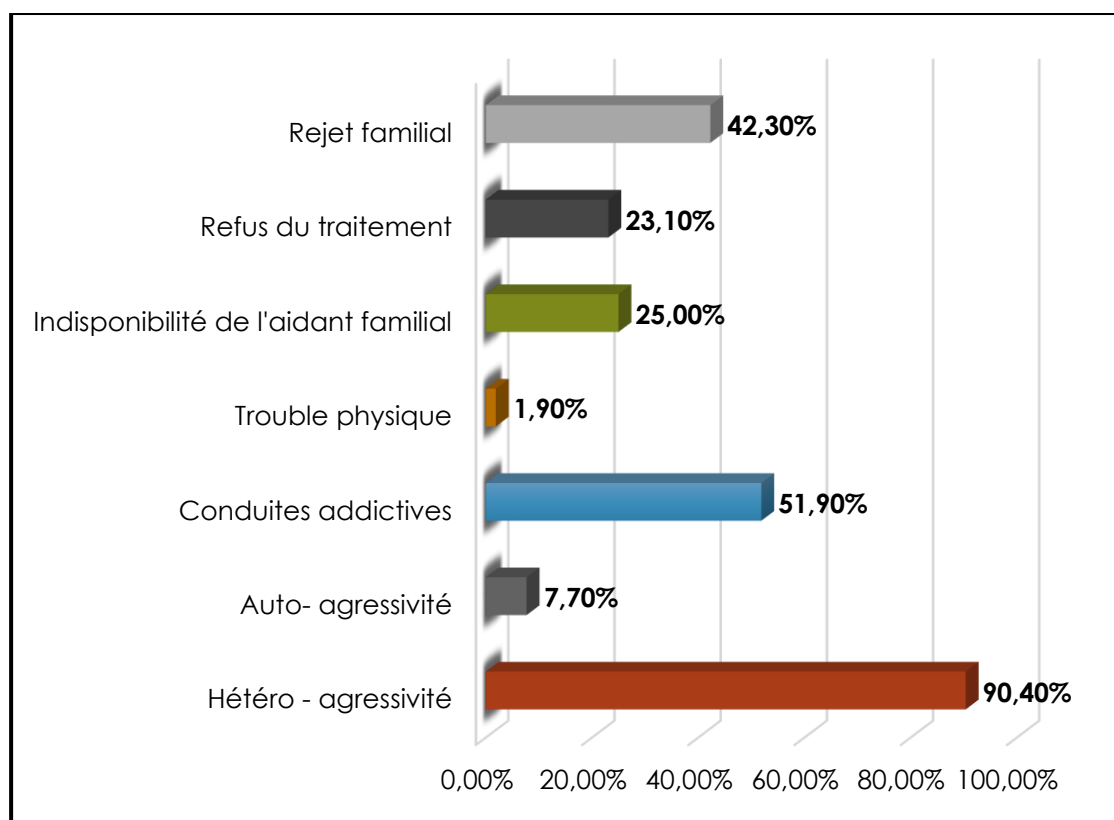


Figure 21 : Répartition des patients selon le motif d'emplacement à Bouya Omar.

(N=52)

4.2 Mode d'accès

La totalité des patients (100%) ont été acheminés suite à la demande de leurs parents dont 41 patients (79%) ont été amenés sous contrainte. (Figure 22)

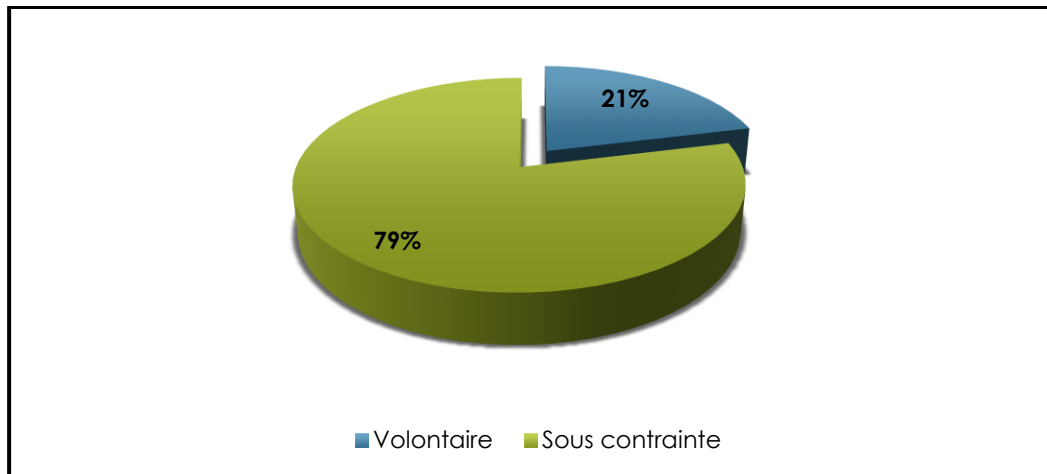


Figure 22 : Répartition des patients selon le mode d'accès. (N=52)

4.3 Durée du séjour

La durée moyenne du séjour des patients était 58,79 mois (\pm 63,483 mois), avec des extrêmes allant de 2 mois à 15 ans, et une prédominance entre 4 ans et 7 ans du séjour. (Figure 23)

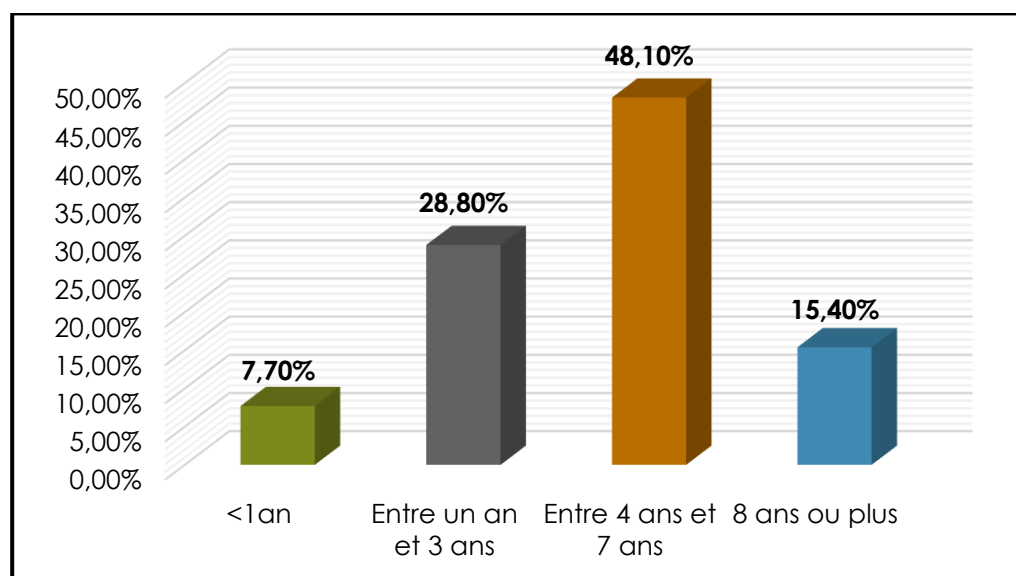


Figure 23 : Répartition des patients en fonction de la durée du séjour. (N=52)

4.4 Type de logement

On a noté que 38 patients (73%) avaient un logement de type chambre, et 14 patients (27%) avaient un logement de type dortoir. (Figure 24)

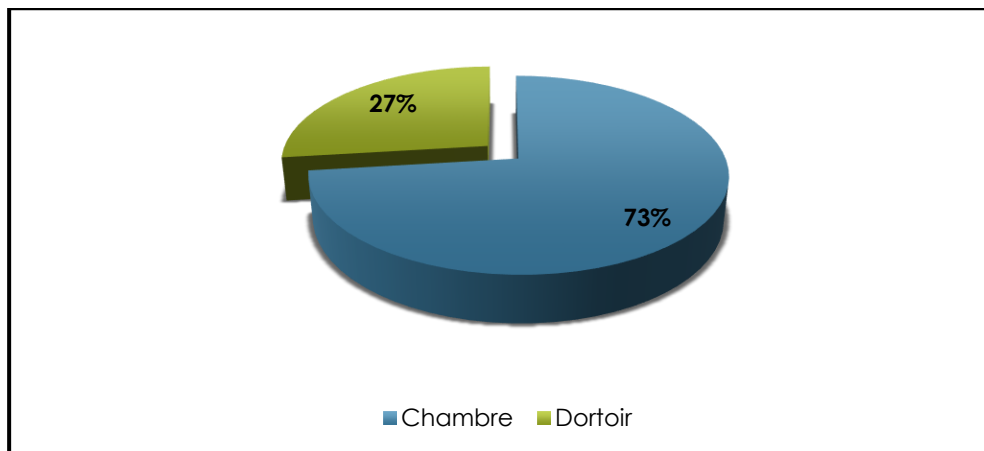


Figure 24 : Répartition des patients selon le type de logement. (N=52)

4.5 Conditions de logements

32 patients (61%) avaient des mauvaises conditions de logement, des conditions lamentables ont été marquées chez 15 patients (29%), et des conditions assez bonnes ont été révélées par 5 patients (10%). (Figure 25)

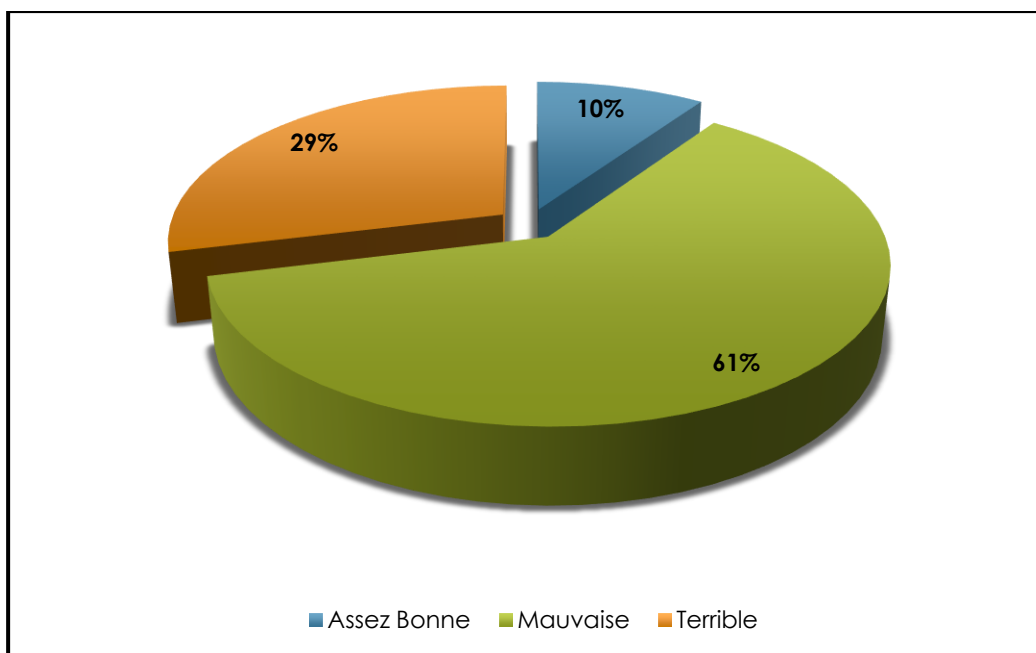


Figure 25 : Répartition des patients selon les conditions de logement. (N=52)

4.6 Maltraitance

On a noté que tous les patients recrutés ont subi une maltraitance (100%), avec une prédominance de violences physiques (coups, blessures, bousculades...) chez 46 cas soit 88,50%, 39 cas soit 75% ont été privés de leurs droits (privation de liberté ou de soins...), 27 cas soit 51,9% ont été victimes de violences morales et psychologiques (injures, exclusion...) et 14 cas soit 26,9% souffraient de violences matérielles et financières (le vol, la fraude...). (Figure 26)

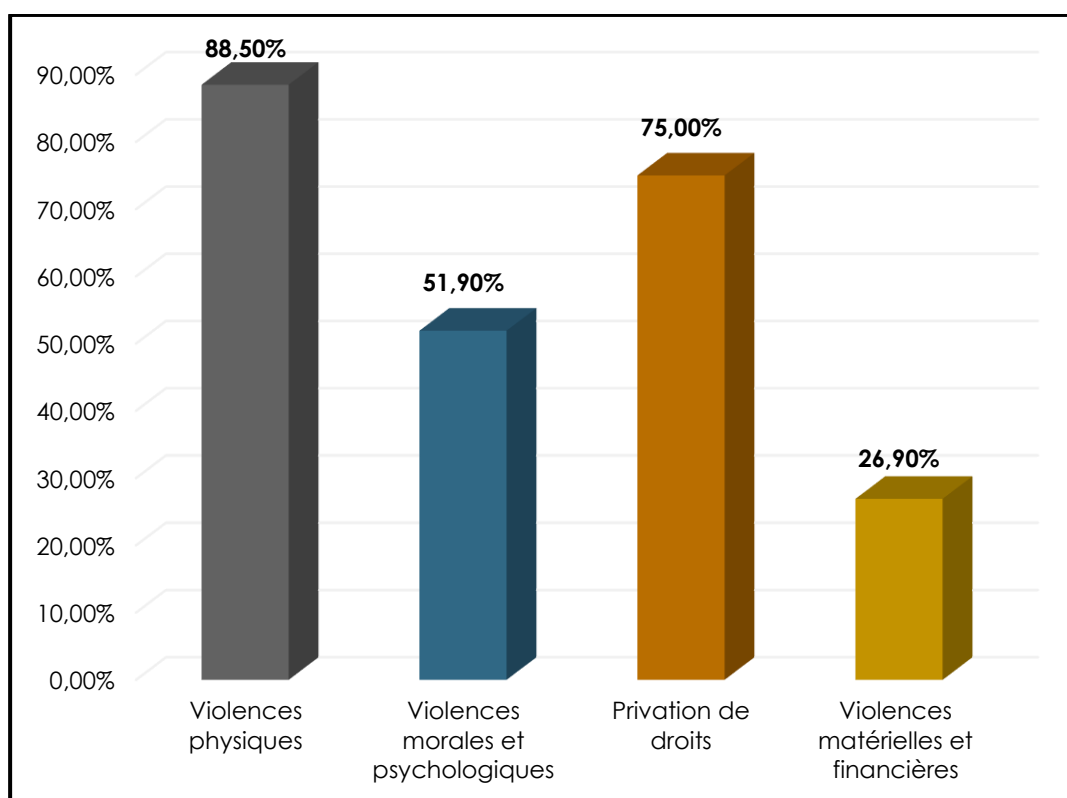


Figure 26 : Répartition des patients selon le type de maltraitance. (N=52)

4.7 Prise en charge thérapeutique

La majorité des patients n'ont pas eu de traitement médical au cours de leur résidence dans le village de Bouya Omar avec un taux de 77% (40 cas). (Figure 27).

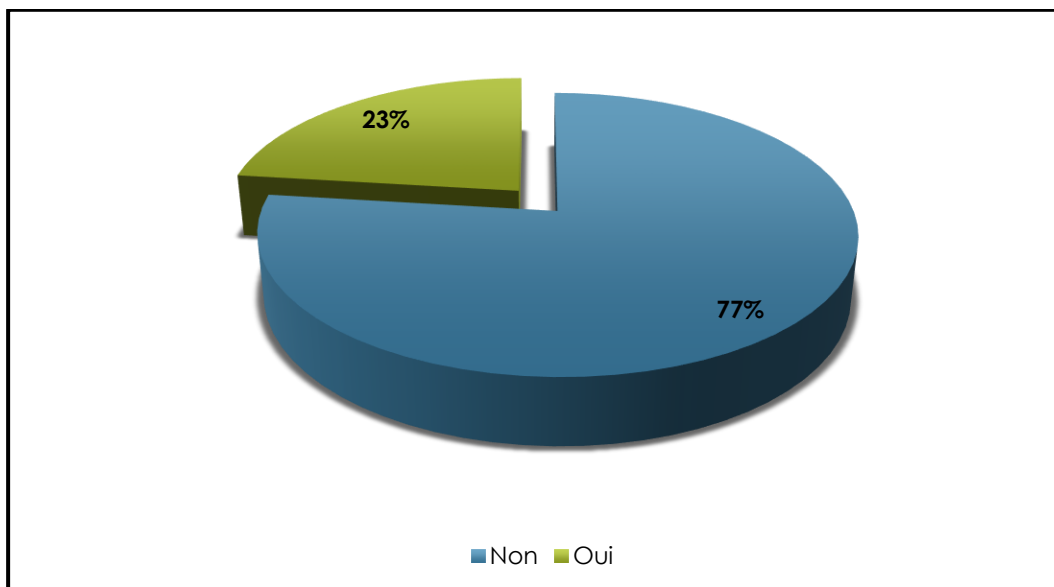


Figure 27 : Répartition des patients selon la prise en charge thérapeutique au niveau de Bouya Omar. (N=52)

4.8 Visites familiales

44 patients soit 85% ont eu des visites familiales. (Figure 28)

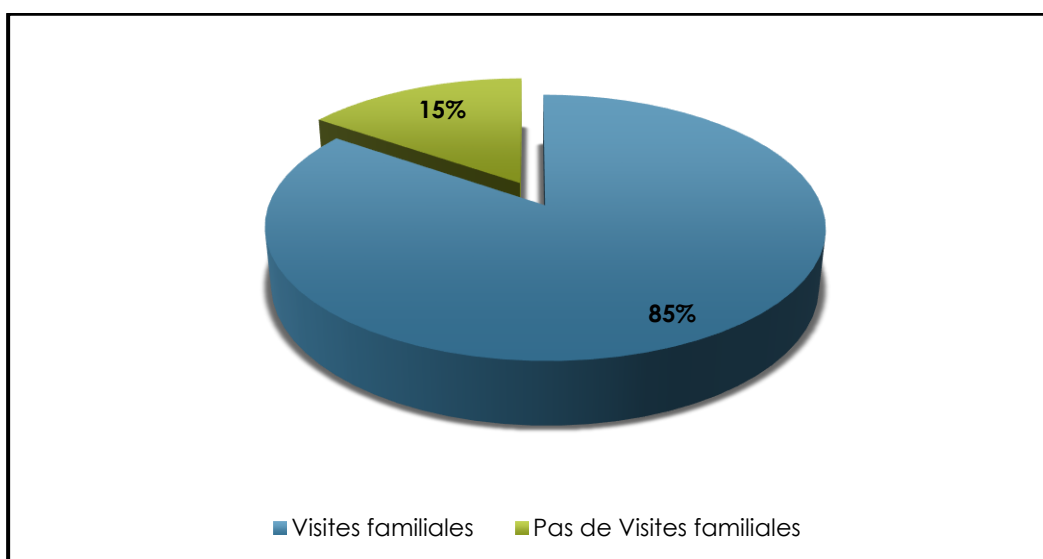


Figure 28 : Répartition des patients selon les visites familiales. (N=52)

4.9 Coût de la prise en charge

La moyenne du coût de la prise en charge du séjour au niveau du Bouya Omar était de 923,07 Dhs/mois (\pm 290,614Dhs/mois), avec un minimum de 500 Dhs et maximum de 1600 Dhs.

5 Evacuation des patients vers les structures psychiatriques

Les données ont porté sur la période d'hospitalisation au niveau des services psychiatriques après l'évacuation de Bouya Omar. Elles sont recueillies à partir des dossiers médicaux, et l'interrogatoire avec le patient et ses proches.

5.1 Services psychiatriques d'accueil

Parmi les cinquante-deux patients qui ont été évacués vers les structures psychiatriques ciblées, 13 patients ont été recrutés dans le service psychiatrique de l'hôpital Mohammed Bouafi de Casablanca, 9 patients pour le service psychiatrique de l'hôpital Hassan II de Bouarfa, de même pour l'hôpital Moulay Ismail de Meknès, 8 pour le service psychiatrique de l'hôpital Ibn Hassan de Fès, 7 pour le service psychiatrique de Mohammed VI d'Al-Araoui, et 6 ont été recrutés dans le service psychiatrique de l'hôpital Ibn Baja de Taza. (tableau 2)

Tableau 2 : Répartition des patients selon les services psychiatriques accueillants.
(N=52)

Le nom de l'hôpital	Nombre	Pourcentage
Hôpital Ibn Hassan Fès	8	15,4%
Hôpital Moulay Ismail Meknès	9	17,3%
Hôpital Ibn Baja Taza	5	9,6%
Hôpital Mohammed 6 Al-Araoui	8	15,4%
Hôpital Hassan 2 Bouarfa	9	17,3%
Hôpital Mohammed Bouafi Casablanca	13	25,0%
Total	52	100,0%

5.2 Données cliniques

5.2.1 Diagnostic d'entrée selon DSM-5

51 patients (98%) avaient un diagnostic d'entrée de schizophrénie, par contre 1 cas (2%) avait un diagnostic d'handicap intellectuel. (Figure 29)

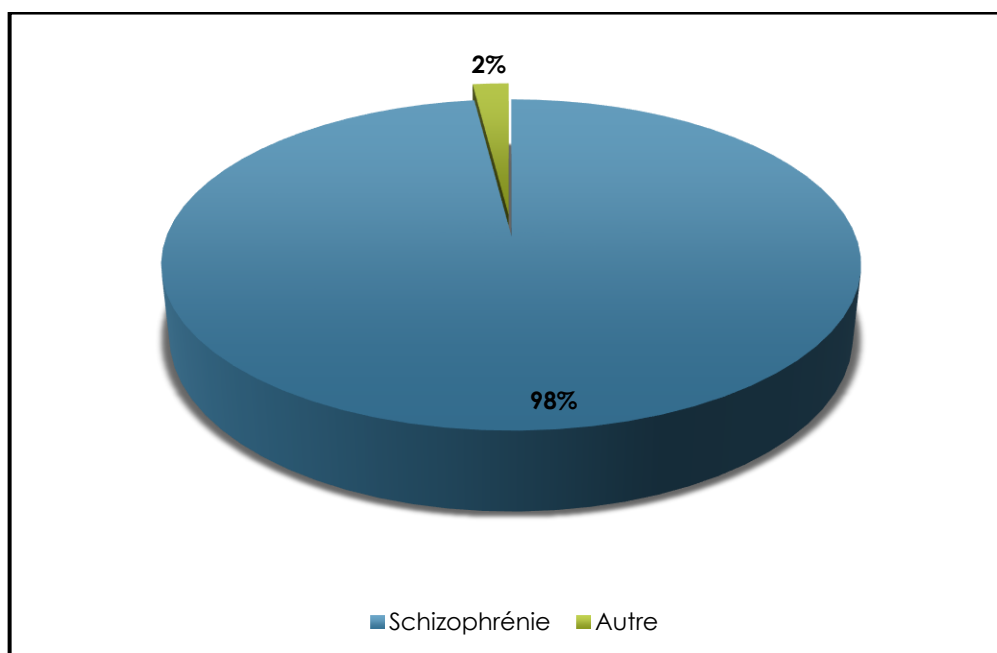


Figure 29 : Répartition des patients selon le diagnostic d'entrée. (N=52)

5.2.2 Critère de spécificité de la schizophrénie selon DSM-5

23 patients (44,20%) avaient des épisodes multiples avec une rémission partielle, suivi par la forme des épisodes multiples avec rémission complète chez 17 cas (32,70%), 9 cas (17,3%) avaient des épisodes continus, et 2 cas (3,80%) avaient des épisodes multiples avec des épisodes aigus. (Figure 30)

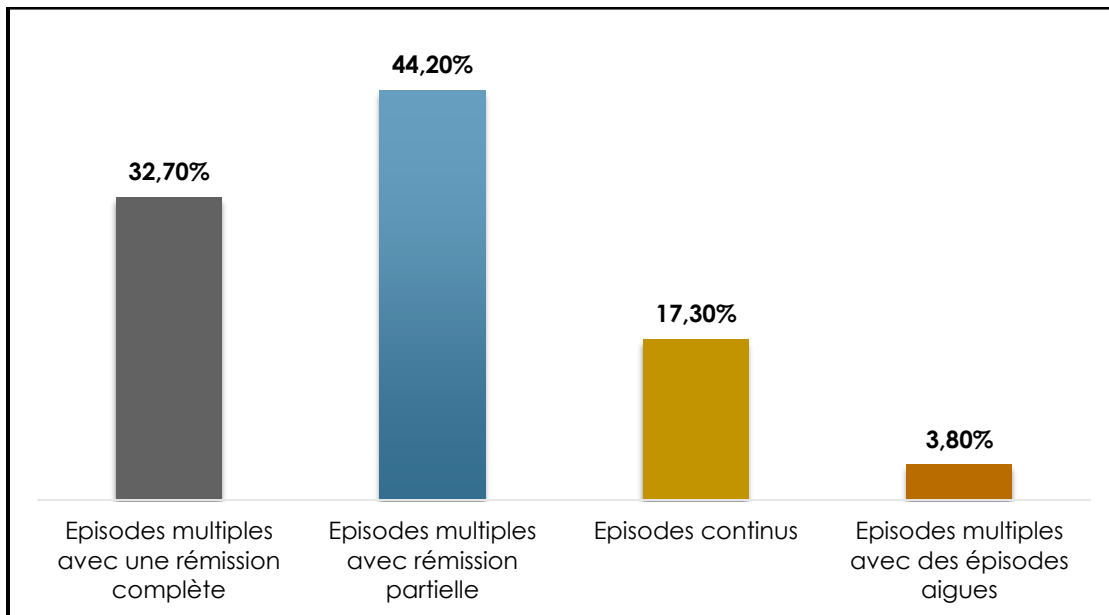


Figure 30 : Répartition des patients en fonction de Critères des spécificités.

(N=51)

5.2.3 Type de la schizophrénie selon DSM IV

Dans notre population, 20 patients (38,5%) n'avaient pas un type différencié de schizophrénie, tandis que 31 patients avaient un type précis dont la forme désorganisée a représenté la forme la plus fréquente avec un taux de 28,8% (15cas), suivie par la forme paranoïde avec un taux de 21,2% (11cas), la forme résiduelle dans 3cas (5,8%), et schizo-affectif dans 2 cas (3,8%). (Figure 31)

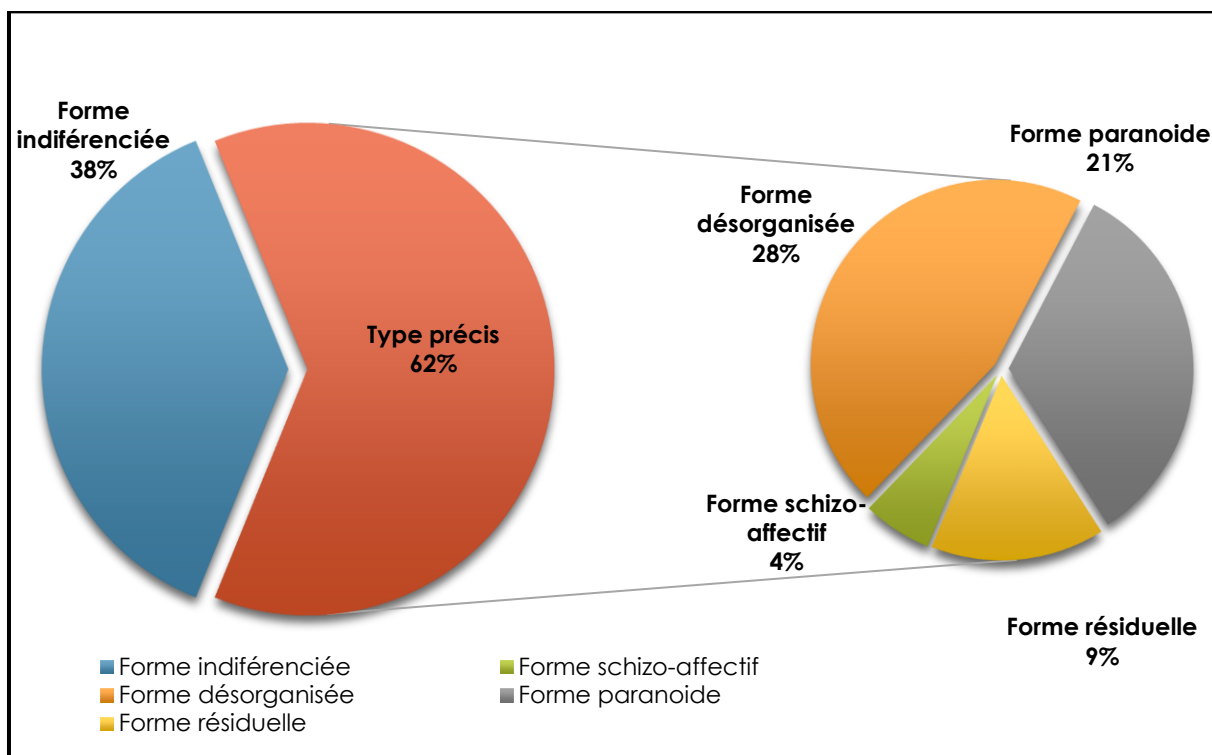


Figure 31 : Répartition des patients en fonction du type de schizophrénie selon le DSM-IV. (N=51)

5.2.4 Age de début

L'âge moyen de début de la maladie dans notre étude (N=49) était de 25,35ans ($\pm 5,674$ ans), avec des extrêmes allant de 17 à 40 ans.

5.3 Données thérapeutiques

5.3.1 Traitement prescrit

Les neuroleptiques ont été utilisés seuls dans 6% des patients (3 cas) et en association avec d'autres neuroleptiques dans 94% des patients (49 cas). (Figure 32)

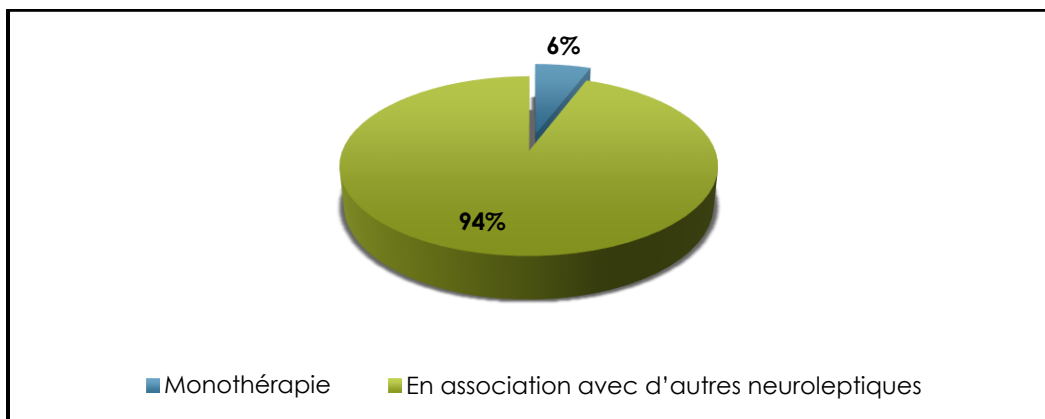


Figure 32 : Répartition des patients selon le nombre des neuroleptiques. (N=52)

5.3.2 Type des neuroleptiques

L'usage des neuroleptiques classiques a été noté dans 92,30% des patients (48 cas), et celle des antipsychotiques atypiques dans 59,60% des patients (31 cas), par contre l'usage des neuroleptiques à action prolongée a été noté dans 28,80% des patients (15 cas). (Figure 33)

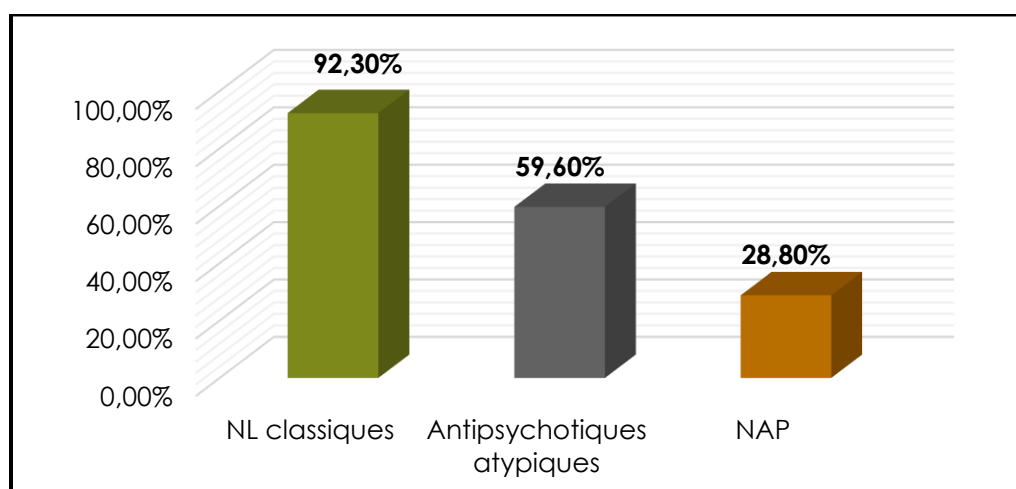


Figure 33 : Répartition des patients selon le type des neuroleptiques. (N=52)

a. Neuroleptiques classiques

78,80% des patients (41 cas) ont été mis sous Chlorpromazine, suivi par Halopéridol avec un taux de 59,60% (31 cas), et Lévomépromazine avec un taux de 57,70% (30 cas). (Figure 34)

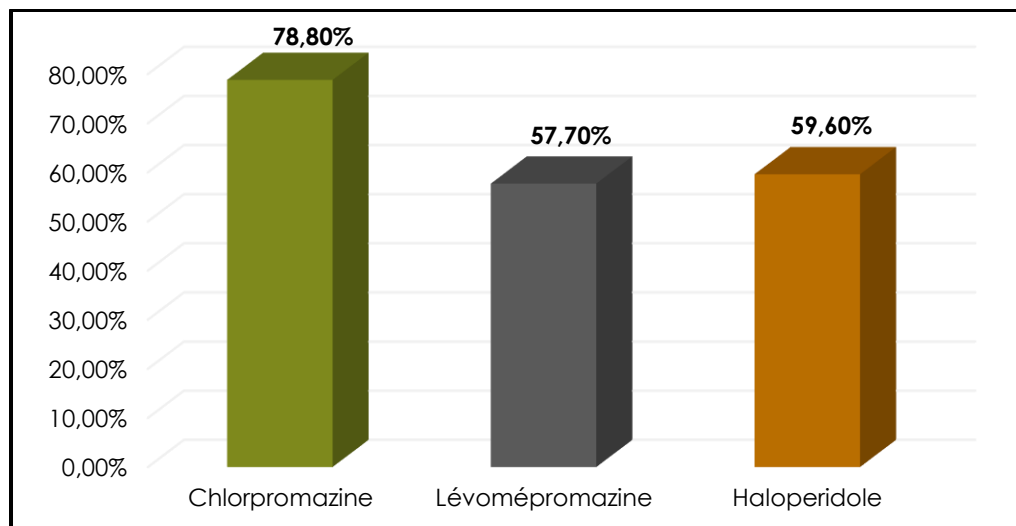


Figure 34 : Répartition des patients selon le type des NL classiques. (N=52)

b. Antipsychotiques atypiques

30,8% des patients (16 cas) ont été mis sous Amisulpride, suivi par Olanzapine avec un taux de 28,80% (15 cas), et Rispéridone avec un taux de 1,90% (1 cas). (Figure 35)

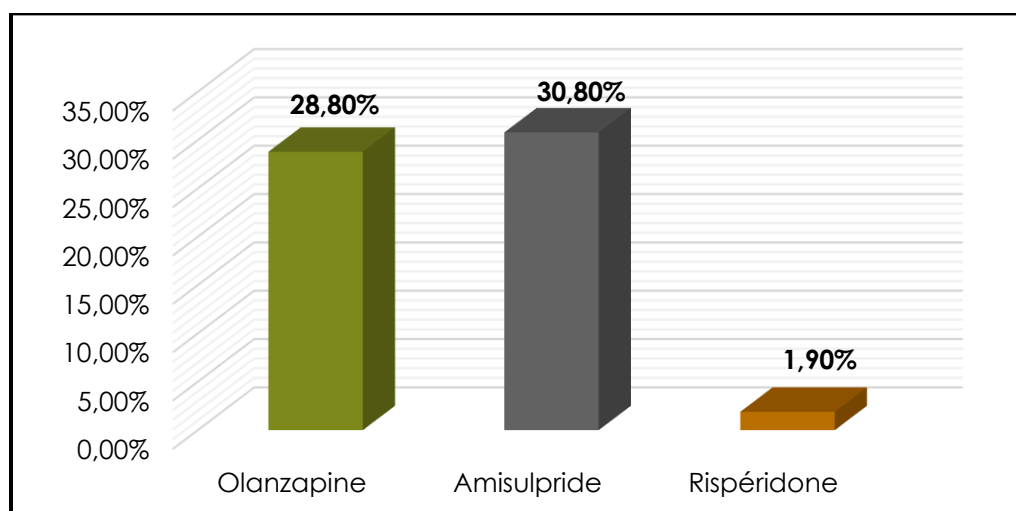


Figure 35 : Répartition des patients selon le type des antipsychotiques atypiques. (N=52)

5.3.3 Association des neuroleptiques

Dans notre échantillon, 24 patients soit 46,20% n'avaient aucune association entre les neuroleptiques, par contre 28 patients soit 53,80% avaient des associations entre les neuroleptiques avec prédominance d'association entre Chlorpromazine + Amisulpride avec un taux de 23,10% (12 cas). (Figure 36)

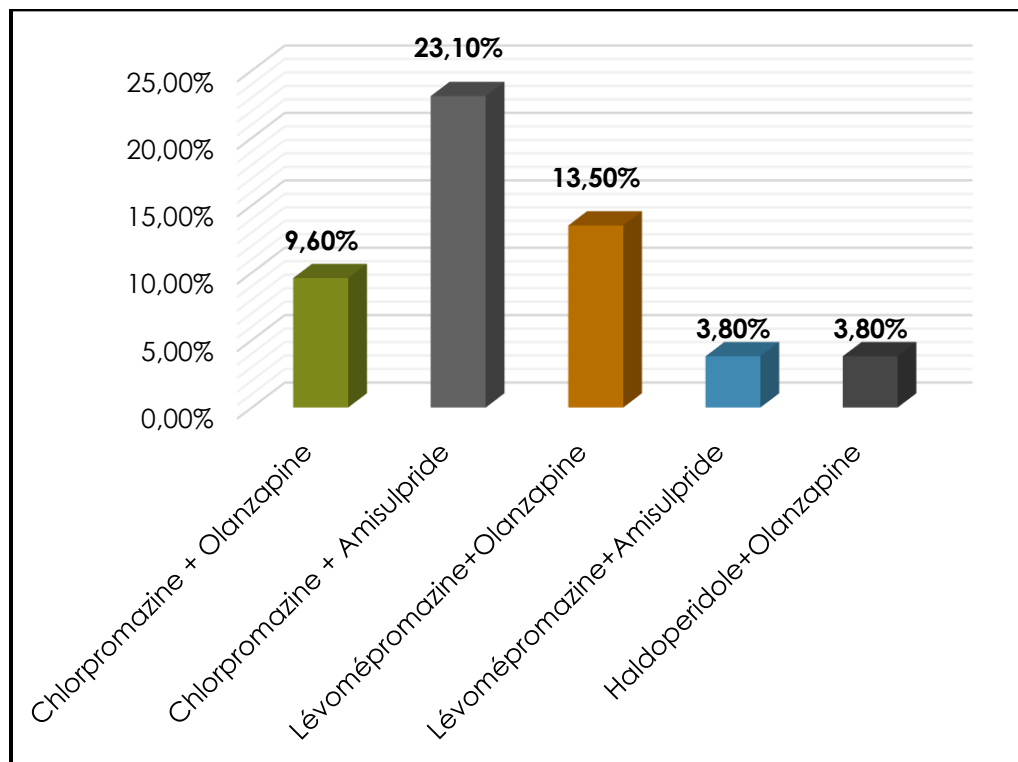


Figure 36 : Répartition des patients selon l'association des neuroleptiques. (N=52)

5.3.4 Autres moyens thérapeutiques

18 patients (34,60%) avaient utilisé les anticholinergiques, suivis par les antidépresseurs avec un taux de 30,80% pour 16 cas, et les anxiolytiques avec un taux de 15,40 % pour 8 cas. (Figure 37)

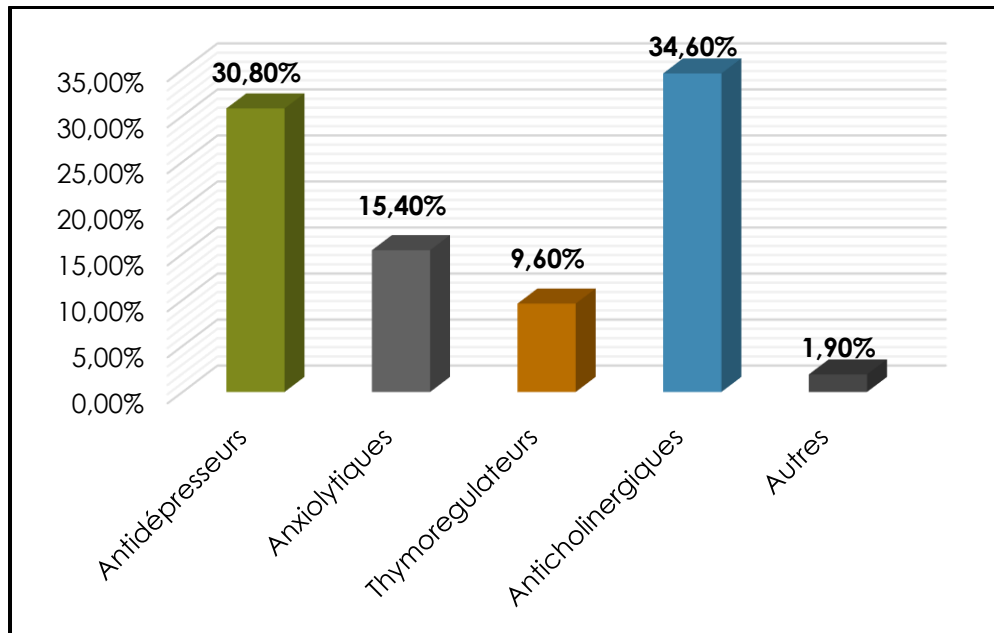


Figure 37 : Répartition des patients selon l'utilisation d'autres moyens thérapeutiques. (N=52)

5.4 Mode de sortie

On a noté que 29 patients (56%) sont toujours en hospitalisations, tandis que 23 (44%) patients sont sortis dont 14 cas (27%) avaient des sorties ordinaires, 8 cas (15%) avaient des transferts vers les centres sociaux, et 1 cas (2%) avait fugué. (Figure 38)

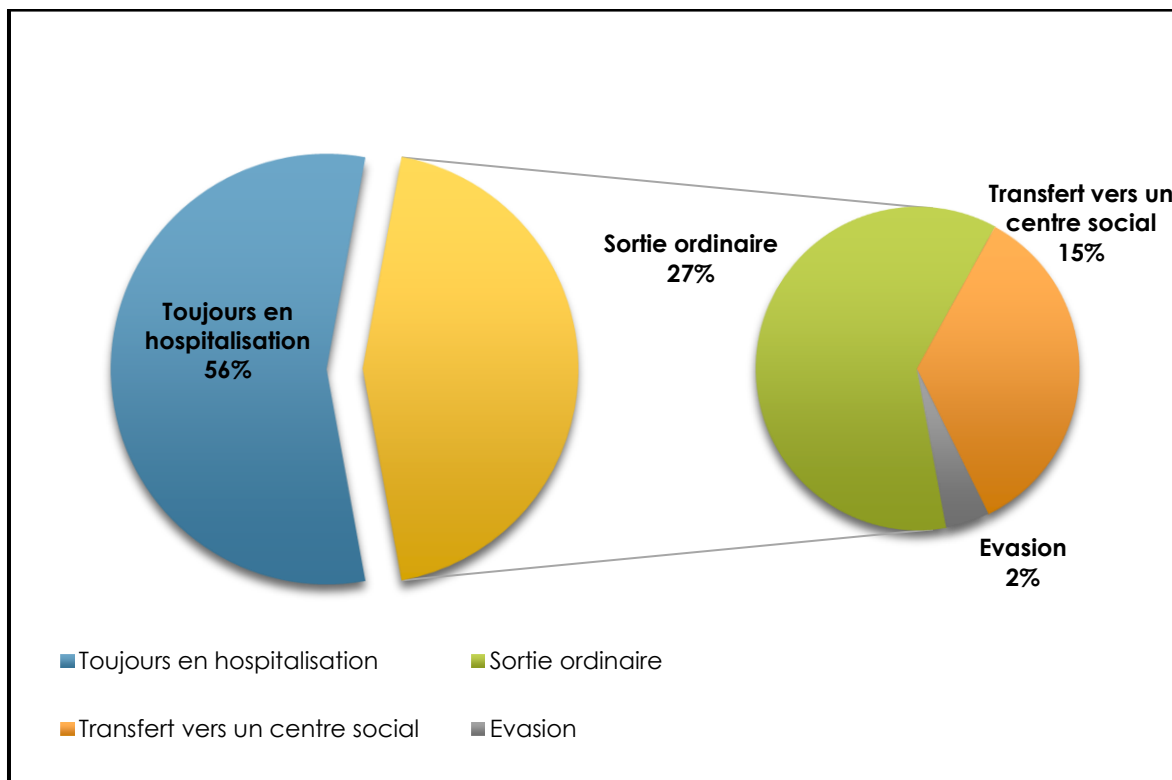


Figure 38 : Répartition des patients selon la mode de sortie. (N=52)

5.5 Durée d'hospitalisation

La durée moyenne des hospitalisations chez les patients sortants de notre échantillon était de 15,13 mois ($\pm 10,489$ mois), avec des périodes allant d'un mois jusqu'à 3 ans.

6 Evolution des patients

Les données ont porté sur le devenir clinique et social des patients, ainsi que l'attitude de leur famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar, et les degrés de la satisfaction des patients par rapport à la prise en charge dans le site de Bouya Omar et les structures psychiatriques.

6.1 Devenir social des patients

Dans notre échantillon, 29 patients soit 55,80% restent toujours en hospitalisation, tandis que 14 patients soit 26,90% ont été réinsérés dans le milieu familial, alors que 9 patients soit 17,30% ont été transférés vers les centres sociaux, précisément : 2 patients dans le centre social de Fès, et 7 patients dans le centre social de Meknès. (Figure 39)

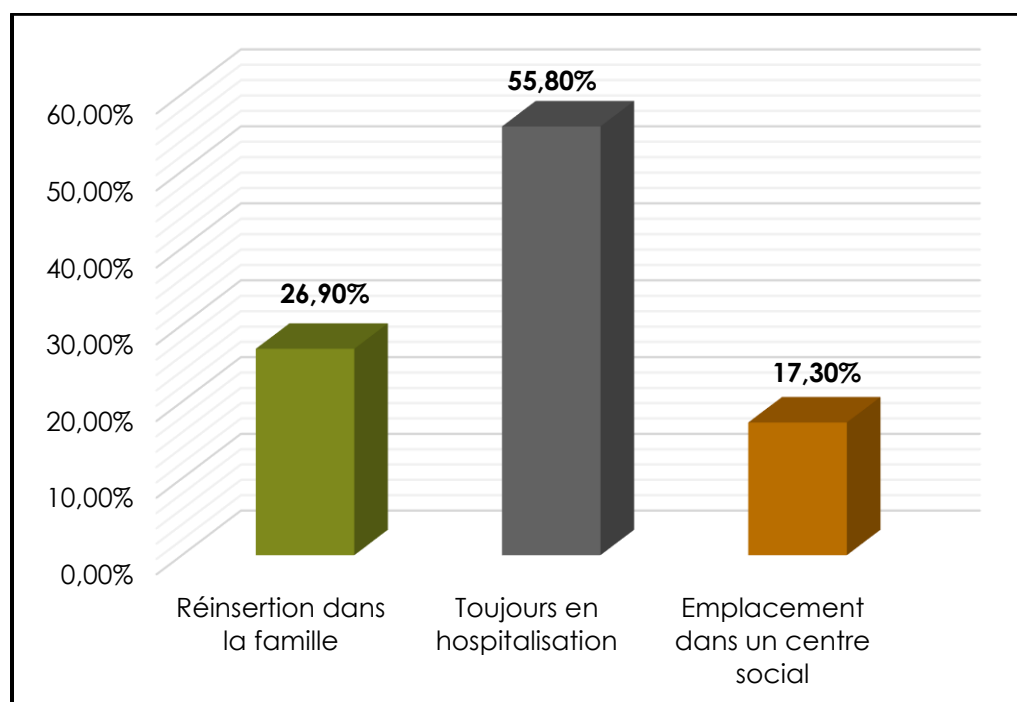


Figure 39 : Répartition des patients selon leur devenir social. (N=52)

6.2 Réhospitalisations psychiatriques après la sortie de l'hôpital

Parmi les patients qui sont sortis de l'hôpital, 16 (70%) n'avaient aucune réhospitalisation après leurs sorties, par contre 7 patients (30%) ont été réhospitalisés dans les services psychiatriques avec un nombre moyen d'hospitalisations de 3,14 fois ($\pm 2,545$ fois), et des extrêmes allant d'une fois jusqu'à 8 fois. (Figure 40)

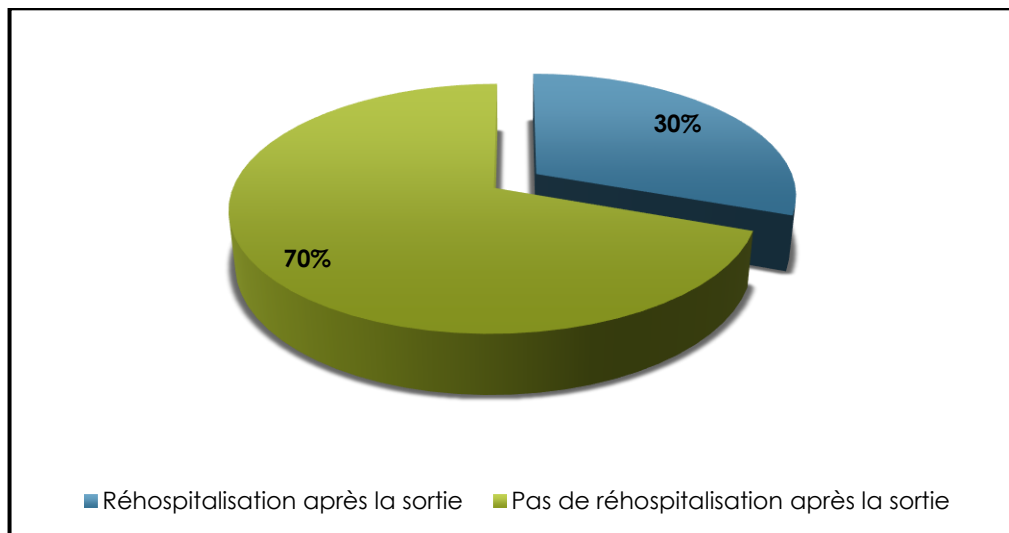


Figure 40 : Répartition des patients selon réhospitalisation après la sortie. (N=23)

6.3 Suivi

Parmi les patients sortants, 11 patients (69%) ont un suivi régulier, 19% (3 cas) ont un suivi irrégulier, et 12% (2cas) sont sans suivi. (Figure 41)

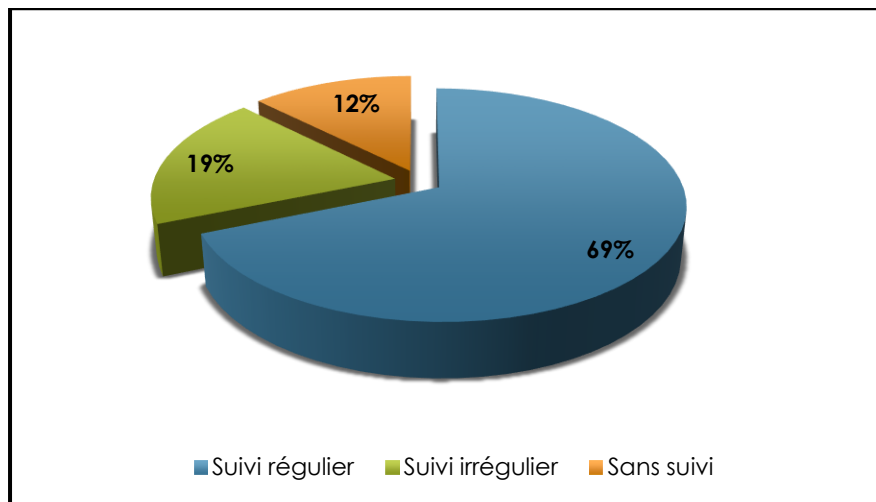


Figure 41 : Répartition des patients selon leur suivi après la sortie. (N=16)

6.4 Prise en charge actuelle

Dans notre échantillon, 50 patients (96,20%) ont été mis sous traitement.

6.4.1 Nombre des neuroleptiques

La majorité des patients ont été mis sous association de deux neuroleptiques avec un taux de 90% (45 cas). (Figure 42)

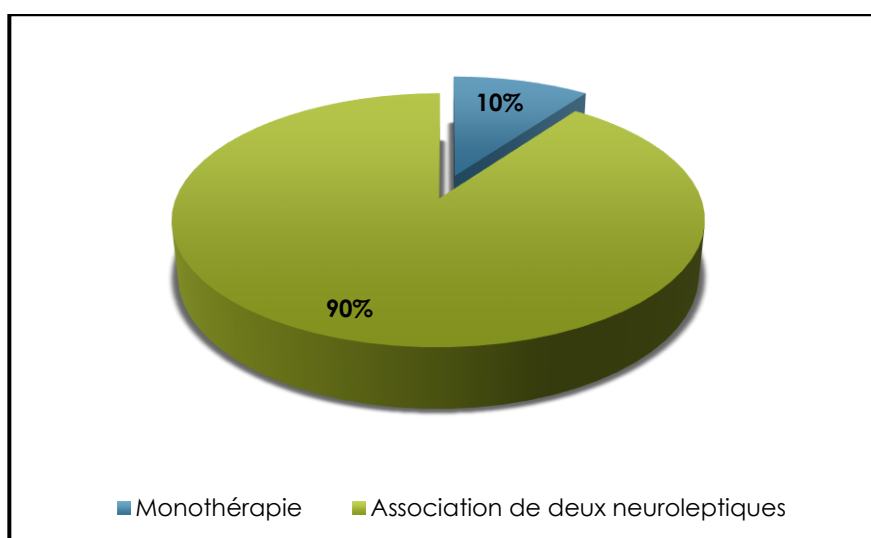


Figure 42 : Répartition des patients selon le nombre des neuroleptiques. (N=50)

6.4.2 Type des neuroleptiques

L'usage des neuroleptiques classiques a été marqué chez 43 cas (82,70%), suivi par les antipsychotiques atypiques avec un taux de 55,8 % (29 cas), et les neuroleptiques à action prolongée avec un taux de 23,1% (12 cas). (Figure 43)

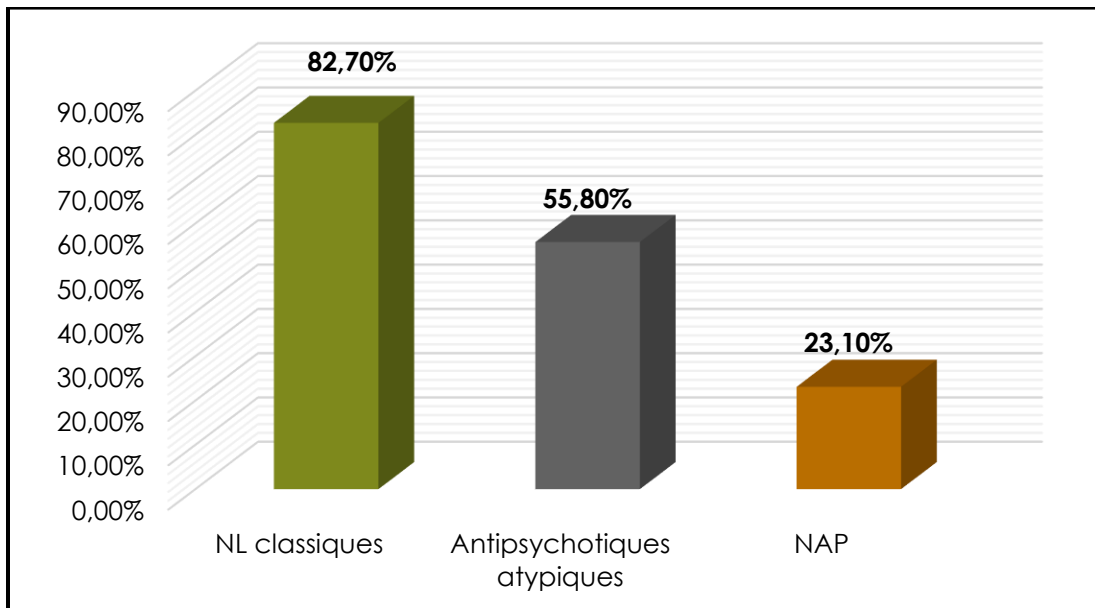


Figure 43 : Répartition des patients selon le type des neuroleptiques. (N=52)

a. Neuroleptiques classiques

55,80% des patients (29 cas) ont été mis sous Chlorpromazine, suivi par Halopéridol avec un taux de 44,20% (23 cas), et Lévomépromazine avec un taux de 30,80% (16 cas). (Figure 44)

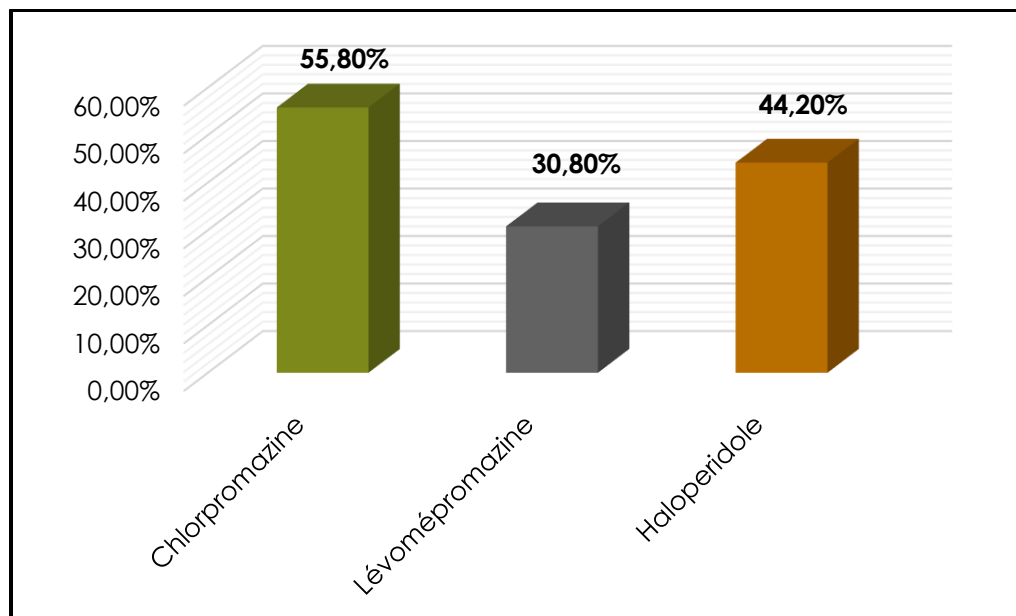


Figure 44 : Répartition des patients selon le type des NL classiques. (N=52)

b. Antipsychotiques atypiques

32,70% des patients (17 cas) ont été mis sous Amisulpride, et Olanzapine avec un taux de 25,00% (13 cas). (Figure 45)

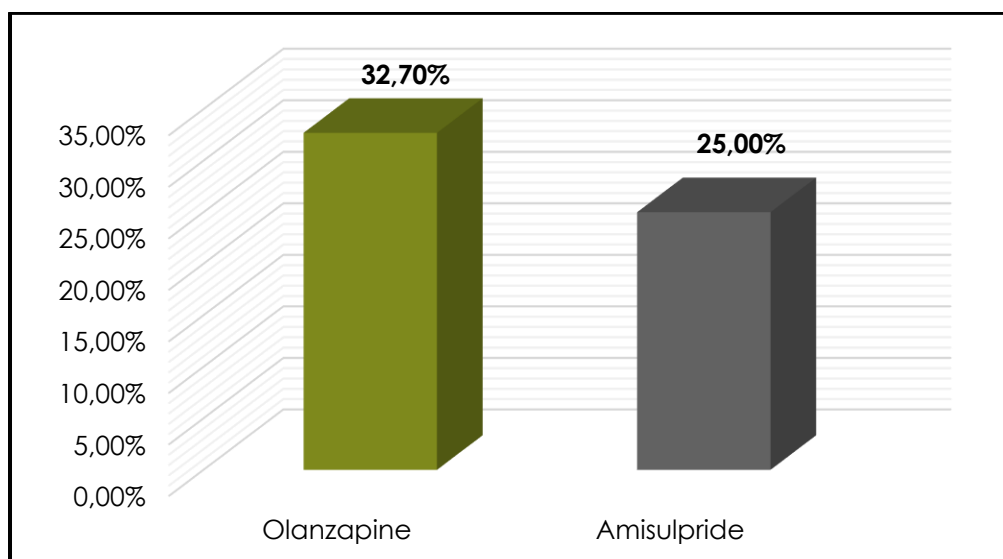


Figure 45 : Répartition des patients selon le type des antipsychotiques atypiques.

(N=52)

6.4.3 Autres moyens thérapeutiques

11 patients (21,20%) avaient utilisé les anticholinergiques, suivis par les antidépresseurs avec un taux de 15,40% pour 8 cas, et les anxiolytiques avec un taux de 11,50 % pour 6 cas. (Figure 46)

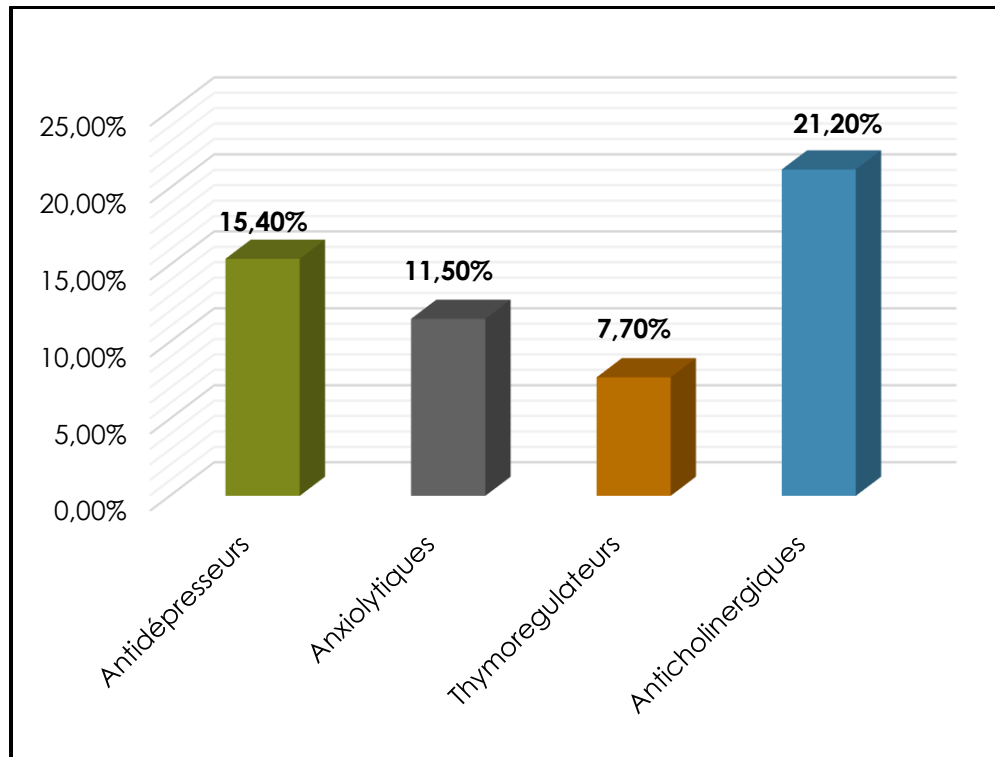


Figure 46 : Répartition des patients selon l'utilisation d'autres moyens thérapeutiques. (N=52)

6.5 Observance médicale

Chez les patients sortants, on a noté 6 patients (11,5%) qui ont une bonne observance, et 10 cas (19,2%) ont une mauvaise observance dont l'oubli représente la source de la non-observance la plus décrite avec un taux de 15,40%. (Figure 47)

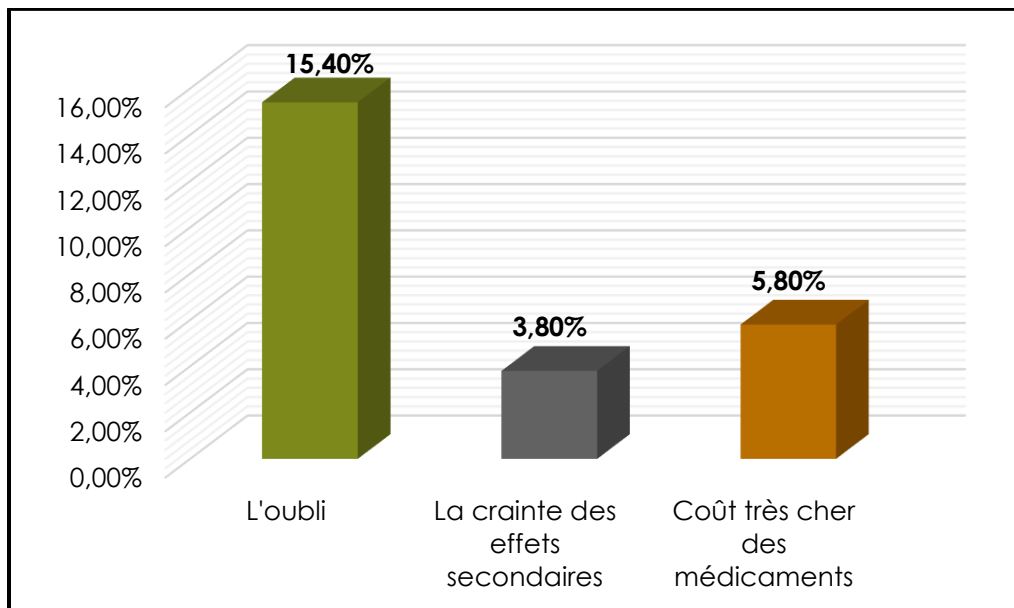


Figure 47 : Répartition des patients selon la source de non-observance. (N=52)

6.6 Amélioration clinique

Dans notre population, la majorité des cas représente une bonne amélioration clinique avec un taux de 79% (41 cas). (Figure 48)

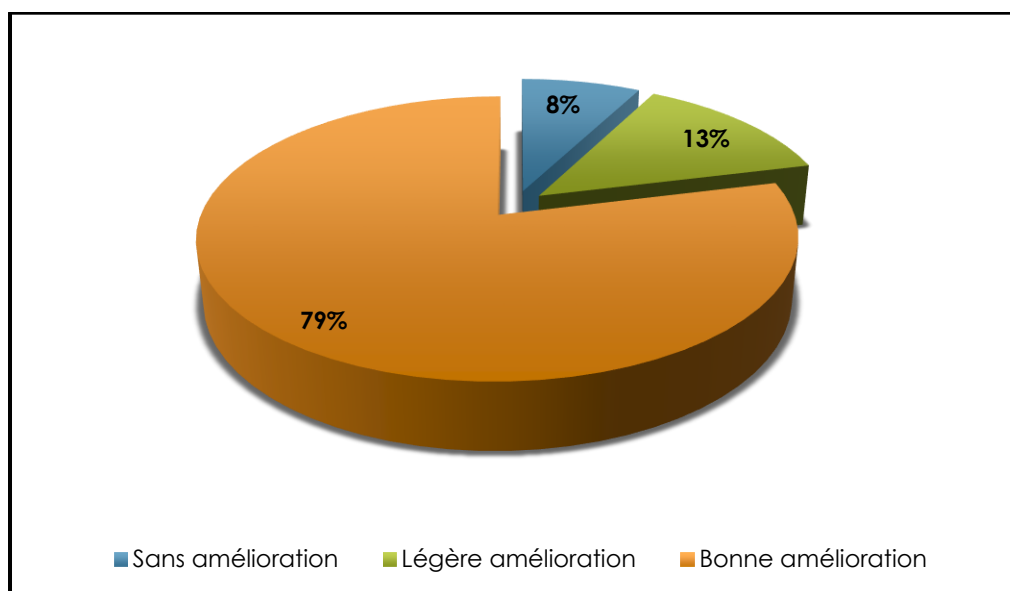


Figure 48 : Répartition des patients selon l'amélioration clinique. (N=52)

6.7 Solidarité familiale dans la prise en charge

La moitié des cas interrogés n'avaient pas bénéficié d'une solidarité familiale dans la prise en charge avec un taux de 52%. (Figure 49)

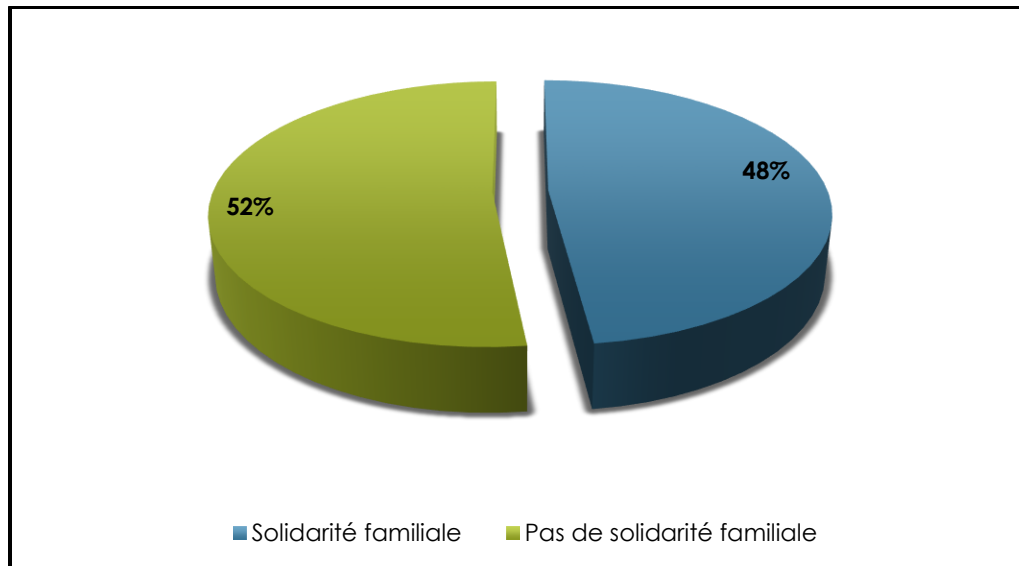


Figure 49 : Répartition des patients selon la solidarité familiale. (N=52)

6.8 Attitude de la famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar

56% des familles sont satisfaites à l'égard de l'évacuation de leur proche de Bouya Omar, 25% sont moyennement satisfaites, et 19% sont très satisfaites. (Figure 50)

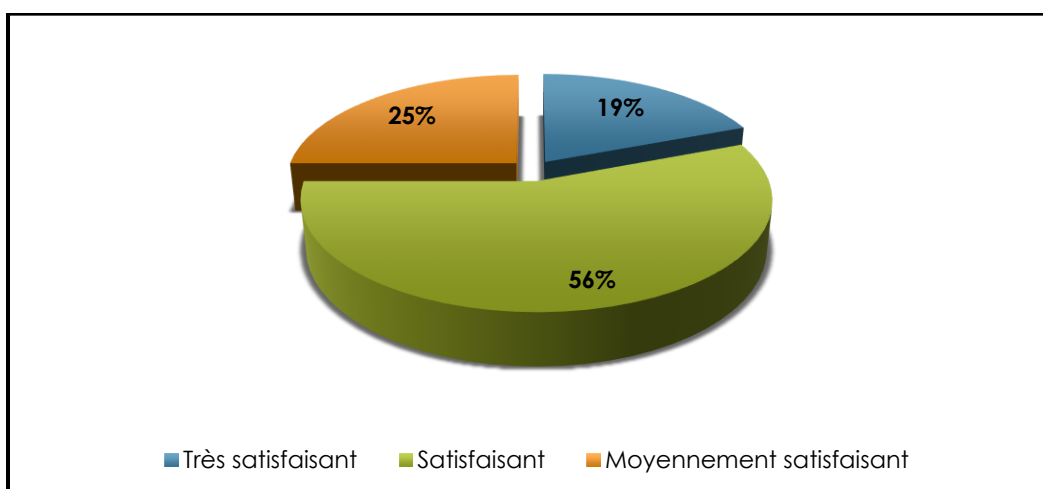


Figure 50 : Répartition des familles des patients à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar. (N=15)

6.9 Degré de satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar

Presque les 2/3 des cas (65%) ont été insatisfaits au cours du séjour au niveau de Bouya Omar. (Figure 51)

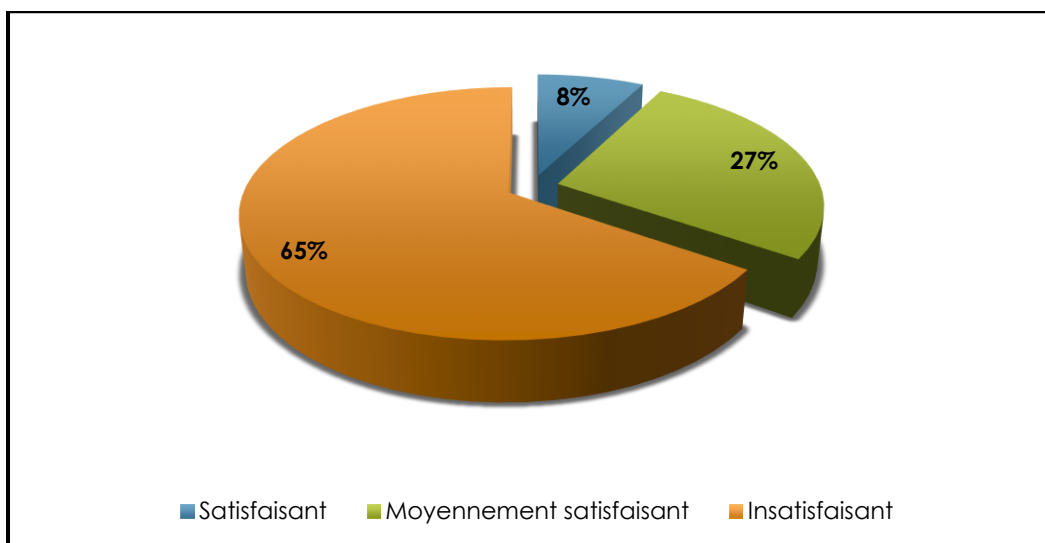


Figure 51 : Le degré de satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar. (N=52)

6.10 Degré de satisfaction du patient au niveau du service psychiatrique

Presque la moitié des cas ont été satisfaits au niveau du service psychiatrique, 33% ont été très satisfaits, et 13% ont été moyennement satisfaits. (Figure 52)

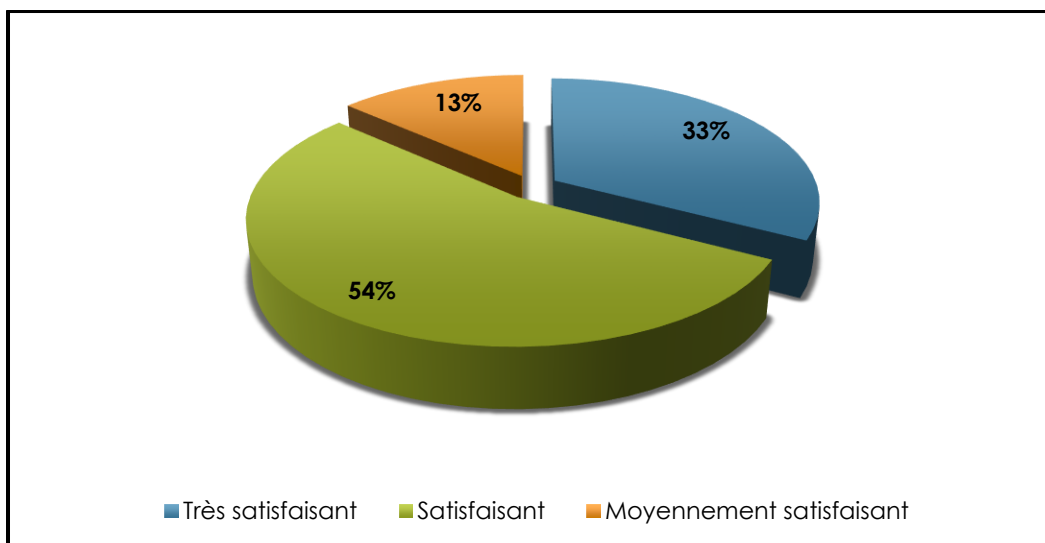


Figure 52 : Le degré de satisfaction du patient au niveau du service psychiatrique.
(N=52)

7 Score de PANSS

- Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle positive était de 15,12 +/-4.664, avec un maximum de 32 et un minimum de 9.
- Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle négative était de 19,94 +/- 6,338, avec un maximum de 36 et un minimum de 10.
- Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle psychopathologique générale était de 33.12 +/- 10.217, avec un maximum de 61 et un minimum de 18.
- Le score total moyen (+/- écart-type) était de 69,10 +/- 18.296, avec un maximum de 113 et un minimum de 46.

Parmi nos 52 patients, 5 (9,60%) étaient en rémission, 28 (53,80%) avaient des symptômes légers, 8 (15,40%) avaient des symptômes modérés, 7 (13,50%) avaient des symptômes peu sévères et 4 patients (7,70%) avaient des symptômes sévères. (Figure 53)

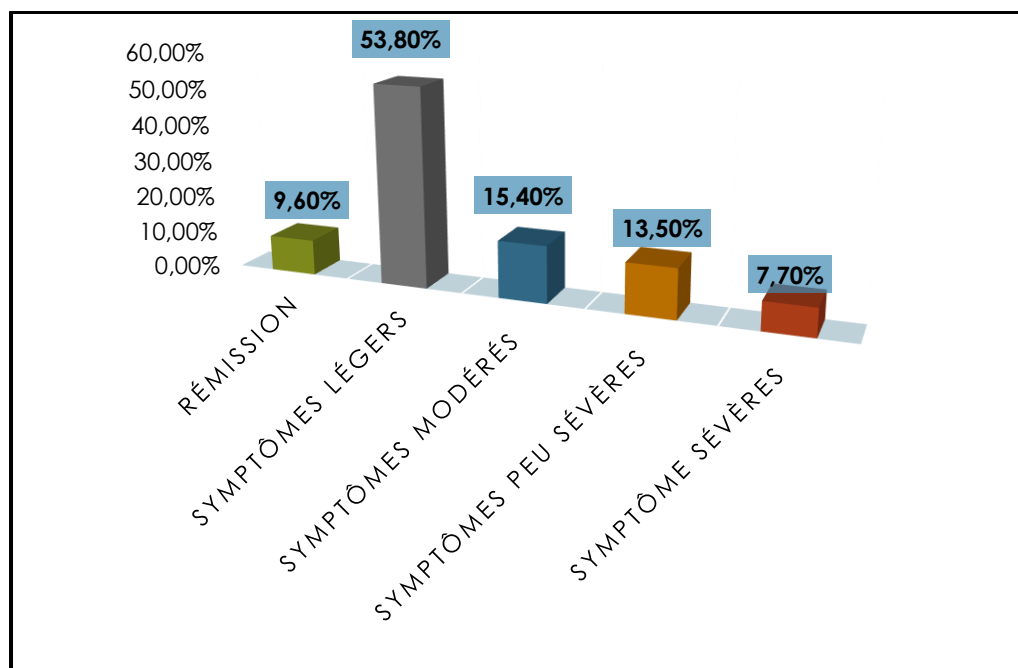


Figure 53 : Répartition des patients selon l'échelle PANSS. (N=52)

8 Score de CGI

8.1 CGI-sévérité

On a constaté que 40,40% de nos patients (21 cas) sont à la limite selon l'échelle CGI-sévérité. (Figure 54)

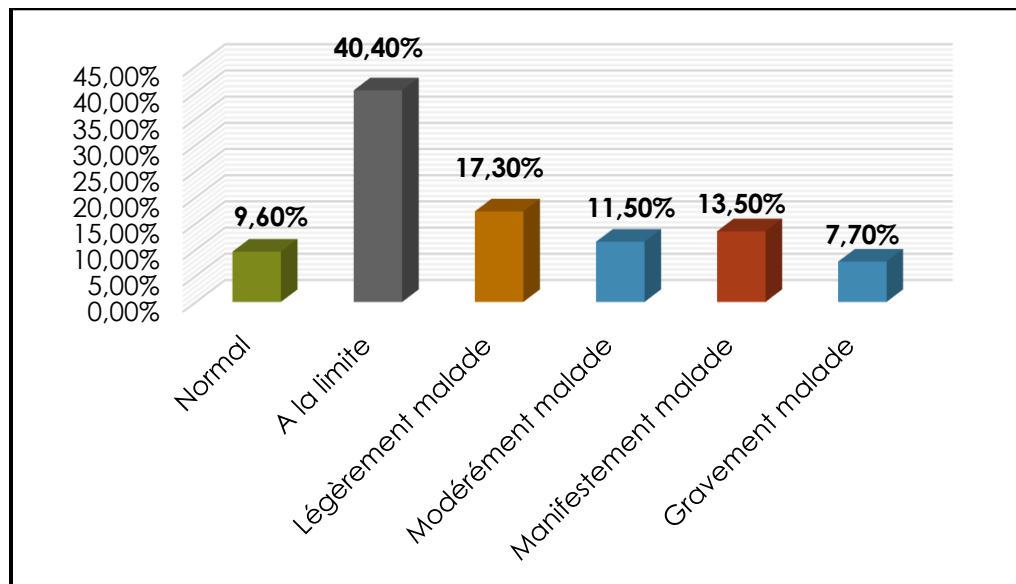


Figure 54 : Répartition des patients selon l'échelle CGI-sévérité. (N=52)

8.2 CGI-amélioration

La moitié des patients (26 cas) sont très fortement améliorés selon l'échelle CGI-amélioration. (Figure 55)

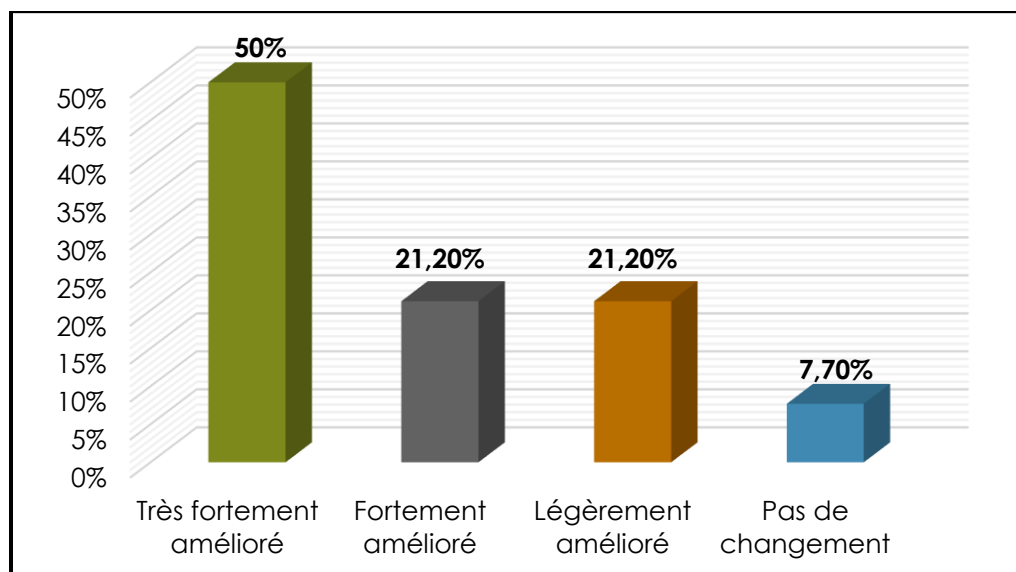


Figure 55 : Répartition des patients selon l'échelle CGI-amélioration. (N=52)

8.3 CGI-index thérapeutique

Le score moyen (+/- écart-type) de l'index thérapeutique était de 4,67 +/-4.110, avec un maximum de 14 et un minimum de 1.

9 Echelle de MARS

Le score moyen (+/- écart-type) de l'échelle MARS était de 19,38 +/- 3,263, avec un maximum de 25 et un minimum de 15.

Parmi nos 16 patients, 6 sont compliants au traitement, et 10 ne sont pas compliants. (Figure 56)

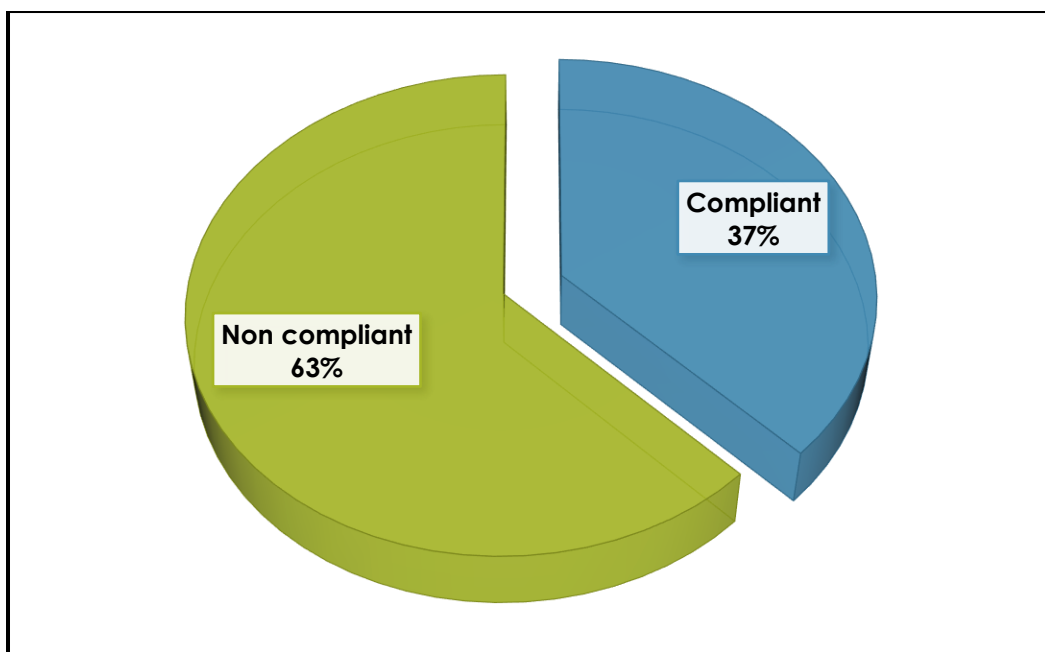


Figure 56 : Répartition des patients selon la compliance au traitement. (N=16)

10 Echelle de EGF

Parmi nos 52 patients, 5 (9,60%) avaient un score entre 71– 80, 21(40,40%) avaient un score entre 61–70, 9 (17,30%) avaient un score entre 51– 60, 6 (11,50%) avaient un score entre 41– 50, 7 (13,50%) avaient un score entre 31– 40, et 4 (7,70%) avaient un score entre 21– 30. (Figure 57)

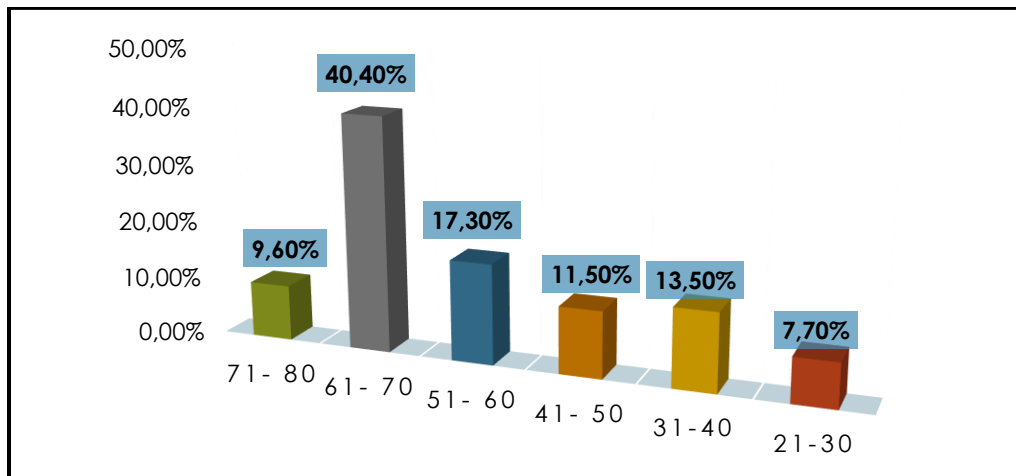


Figure 57 : Répartition des patients selon l'échelle EGF. (N=52)

11 Echelle de HCR-20

- Le score moyen (+/- écart-type) des facteurs historiques était de 10,442 +/- 3,0561, avec un maximum de 6,5 et un minimum de 16,5.
- Le score moyen (+/- écart-type) des facteurs cliniques était de 3,760 +/- 1,1267, avec un maximum de 2 et un minimum de 5,5.
- Le score moyen (+/- écart-type) des facteurs de gestion du risque était de 5,779 +/- 1,1307, avec un maximum de 8,5 et un minimum de 3.
- Le score total moyen (+/- écart-type) des facteurs était de 19,981 +/- 4,6209, avec un maximum de 30 et un minimum de 11,5.

B. ETUDE ANALYTIQUE

1 Corrélation entre le devenir social et les paramètres étudiés

1.1 Paramètres socio-démographiques

Il n'y a pas de corrélation significative entre la situation sociale actuelle des patients et les paramètres socio-démographiques. (tableau 3)

Tableau 3 : Corrélation entre le devenir social et données socio-démographiques.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Age	Moyenne	41,71	43,17	44,89	0,698
	Nombre	14	29	9	
	Ecart type	7,087	9,699	7,801	
Sexe	Homme	14 (26,9%)	29 (55,8%)	9 (17,3%)	-
	Femme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Situation familiale	Célibataire	13 (26,5%)	28 (57,1%)	8 (16,3%)	0,338
	Marié	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	
	Divorcé	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
Niveau éducatif	Non scolarisé	1 (20%)	4 (80%)	0 (0%)	0,409
	Primaire	3 (21,4%)	9 (64,3%)	2 (14,3%)	
	Secondaire	8 (26,7%)	16 (53,3%)	6 (20%)	
	Universitaire	2 (66,7%)	0 (0%)	1 (33,3%)	
Activité professionnelle	Présente	2 (15,4%)	8 (61,5%)	3 (23,1%)	0,189
	Irrégulière	0 (0%)	6 (75%)	2 (25%)	
	Absente	12 (38,7%)	15 (48,4%)	4 (12,9%)	
Revenu mensuel Dhs/mois	<2000 Dhs	11 (27,5%)	22 (55%)	7 (17,5%)	1
	Entre 2000 - 5000 Dhs	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	
	>5000 Dhs	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	
Milieu	Urbain	11 (25%)	25 (56,8%)	8 (18,2%)	0,871
	Rural	3 (37,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	

1.2 Antécédents personnels et familiaux

Il n'y a pas de corrélation significative entre le devenir social et les antécédents personnels et familiaux. (tableau 4)

Tableau 4 : Corrélation entre le devenir social et les antécédents personnels et familiaux.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Antécédents médicaux	Oui	0 (0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0,743
	Non	14 (28,6%)	27 (55,1%)	8 (16,3%)	
Antécédents chirurgicaux	Oui	2 (25%)	4 (50%)	2 (25%)	0,871
	Non	12 (27,3%)	25 (56,8%)	7 (15,9%)	
Usage de substances	Oui	12 (30%)	22 (55%)	6 (15%)	0,543
	Non	2 (16,7%)	7 (58,3%)	3 (25%)	
Tabac	Oui	12 (30%)	22 (55%)	6 (15%)	0,543
	Non	2 (16,7%)	7 (58,3%)	3 (25%)	
Cannabis	Oui	10 (34,5%)	13 (44,8%)	6 (20,7%)	0,209
	Non	4 (17,4%)	16 (69,6%)	3 (13%)	
Alcool	Oui	5 (33,3%)	7 (46,7%)	3 (20%)	0,702
	Non	9 (24,3%)	22 (59,5%)	3 (20%)	
Antécédents judiciaires	Oui	5 (31,3%)	9 (56,3%)	2 (12,5%)	0,919
	Non	9 (25%)	20 (55,6%)	7 (19,4%)	
Antécédents d'hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar	Oui	13 (29,5%)	24 (54,5%)	7 (15,9%)	0,664
	Non	1 (12,5%)	5 (62,5%)	2 (25%)	
Nombre total des hospitalisations Psychiatriques	< 3fois	2 (16,7%)	8 (66,7%)	2 (16,7%)	0,107
	Entre 3 et 6 fois	5 (20%)	15 (60%)	5 (20%)	
	Entre 7 et 9 fois	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	10 fois ou plus	3 (75%)	1 (25%)	0 (0%)	
Type de la dernière hospitalisation	Libre	3 (27,3%)	6 (54,5%)	2 (18,2%)	0,878
	Sous contrainte	10 (30,3%)	18 (54,5%)	5 (15,2%)	
Antécédents familiaux	Oui	4 (40%)	3 (30%)	3 (30%)	0,162
	Non	10 (23,8%)	26 (61,9%)	6 (14,3%)	

1.3 Résidence au Bouya Omar

1.3.1 Motif d'acheminement vers Bouya Omar

La corrélation entre le devenir social et le rejet familial était significative ($p=0$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le devenir social et les autres paramètres. (tableau 5)

Tableau 5 : Corrélation entre le devenir social et le motif d'acheminement vers Bouya Omar.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Hétéro-agressivité	Oui	12 (25,5%)	27 (57,4%)	8 (17%)	0,823
	Non	2 (40%)	2 (40%)	1 (20%)	
Auto-agressivité	Oui	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0,364
	Non	12 (25%)	28 (58,3%)	8 (16,7%)	
Conduites addictives	Oui	9 (33,3%)	13 (48,1%)	5 (18,5%)	0,522
	Non	5 (20%)	16 (64%)	4 (16%)	
Trouble physique	Oui	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	1
	Non	14 (27,5%)	28 (54,9%)	9 (17,6%)	
Indisponibilité de l'aidant familial	Oui	4 (30,8%)	6 (46,2%)	3 (23,1%)	0,748
	Non	10 (25,6%)	23 (59%)	6 (15,4%)	
Refus du traitement	Oui	5 (41,7%)	4 (33,3%)	3 (25%)	0,192
	Non	9 (22,5%)	25 (62,5%)	6 (15%)	
Rejet familial	Oui	0 (0%)	17 (77,3%)	5 (22,7%)	<u>0</u>
	Non	14 (46,7%)	12 (40%)	4 (13,3%)	

1.3.2 Données qui concernent la résidence au Bouya Omar

Il n'y a pas de corrélation significative entre le devenir social et les paramètres étudiés. (tableau 6)

Tableau 6 : Corrélation entre le devenir social et les données qui concernent la résidence au Bouya Omar.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Mode d'accès	Volontaire	4 (36,4%)	5 (45,5%)	2 (18,2%)	0,728
	Sous contrainte	10 (24,4%)	24 (58,5%)	7 (17,1%)	
Demandeur de l'acheminement vers Bouya Omar	Les parents	14 (26,9%)	29 55,8%	9 (17,3%)	-
	Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Durée du séjour	<1 an	0 (0%)	2 (50%)	2 (50%)	0,440
	Entre un an et 3 ans	6 (40%)	6 (40%)	3 (20%)	
	Entre 4 ans et 7 ans	6 (24%)	16 (64%)	3 (12%)	
	8 ans ou plus	2 (25%)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	
Prise en charge thérapeutique	Oui	4 (33,3%)	5 (41,7%)	3 (25%)	0,485
	Non	10 (25%)	24 (60%)	6 1(5%)	
Maltraitance : Les violences physiques	Oui	12 (26,1%)	26 (56,5%)	8 (17,4%)	1
	Non	2 (33.3%)	3 (50%)	1 (16,7%)	
Maltraitance : Les violences morales et psychologiques	Oui	6 (22,2%)	18 66,7%	3 (11,1%)	0,304
	Non	8 (32%)	11 (44%)	6 (24%)	
Maltraitance : Privation de droits	Oui	10 (25,6%)	21 (53,8%)	8 (20,5%)	0,685
	Non	4 (30,8%)	8 (61,5%)	1 (7,7%)	
Maltraitance : Violences matérielles et financières	Oui	5 (35,7%)	7 (50%)	2 (14,3%)	0,690
	Non	9 (23,7%)	22 (57,9%)	7 (18,4%)	
Visites familiales	Oui	13 (29,5%)	23 (52,3%)	8 (18,2%)	0,664
	Non	1 (12,5%)	6 (75%)	1 (12,5%)	
Coût de la prise en charge Dhs/mois	Moyenne	1021,4 Dhs	851,7 Dhs	1000 Dhs	0,136
	Nombre	14	29	9	

1.4 Evacuation des patients vers les services psychiatriques

1.4.1 Données cliniques

Aucune association significative entre le devenir social et les données cliniques. (tableau 7)

Tableau 7 : Corrélation entre le devenir social et les données cliniques.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Diagnostic	Schizophrénie	14 (27,5%)	28 (54,9%)	9 (17,6%)	0,311
	Autre	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Age de début	Moyenne	25,29	24,62	27,56	0,416
	Nombre	14	26	9	
	Ecart Type	4,983	6,132	5,294	
Forme de la schizophrénie	Indifférenciée	3 (15%)	13 (65%)	4 (20%)	0,311
	Désorganisée	5 (33,3%)	9 (60%)	1 (6,7%)	
	Paranoïde	5 (45,5%)	4 (36,4%)	2 (18,2%)	
	Schizo affectif	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	
	Résiduelle	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	

1.4.2 Données thérapeutiques

Il y'a une association significative entre le devenir social et l'utilisation de Lévomépromazine ($p=0.01$), entre le devenir social et l'utilisation de l'Halopéridol ($p=0$). On a noté aussi une association significative entre le devenir social et l'utilisation des NAP ($p=0.013$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le devenir social et les autres paramètres. (tableau 8)

Tableau 8 : Corrélation entre le devenir social et les données thérapeutiques au niveau des services psychiatriques.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Nombre des NL	Monothérapie	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0,716
	Association de deux NL	13 (26,5%)	27 (55,1%)	9 (18,4%)	
NL classique	Oui	12 (25%)	27 (56,3%)	9 (18,8%)	0,622
	Non	2 (50%)	2 (50%)	0 (0%)	
Chlorpromazine	Oui	11 (26,8%)	21 (51,2%)	9 (22%)	0,245
	Non	3 (27,3%)	8 (72,7%)	0 (0%)	
Lévomépromazine	Oui	3 (10%)	23 (76,7%)	4 (13,3%)	<u>0,01</u>
	Non	11 (50%)	6 (27,3%)	5 (22,7%)	
Halopéridol	Oui	3 (9,7%)	19 (61,3%)	9 (29%)	<u>0</u>
	Non	11 (52,4%)	10 (47,6%)	0 (0%)	
Antipsychotique atypique	Oui	12 (38,7%)	14 (45,2%)	5 (16,1%)	0,064
	Non	2 (9,5%)	15 (71,4%)	4 (19%)	
Olanzapine	Oui	5 (33,3%)	9 (60%)	1 (6,7%)	0,497
	Non	9 (24,3%)	20 (54,1%)	8 (21,6%)	
Amisulpride	Oui	7 (43,8%)	5 (31,3%)	4 (25%)	0,061
	Non	7 (19,4%)	24 (66,7%)	5 (13,9%)	
Rispéridone	Oui	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0,173
	Non	14 (27,5%)	29 (56,9%)	8 (15,7%)	
NAP	Oui	2 (13,3%)	13 (86,7%)	0 (0%)	<u>0,013</u>
	Non	12 (32,4%)	16 (43,2%)	9 (24,3%)	
Associations des antipsychotiques	Oui	11 (39,3%)	12 (42,9%)	5 (17,9%)	0,073
	Non	3 (12,5%)	17 (70,8%)	4 (16,7%)	
Antidépresseurs	Oui	3 (18,8%)	7 (43,8%)	6 (37,5%)	0,051
	Non	11 (30,6%)	22 (61,1%)	3 (8,3%)	
Anxiolytiques	Oui	3 (37,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	0,871
	Non	11 (25%)	25 (56,8%)	8 (18,2%)	
Thymorégulateurs	Oui	2 (40%)	1 (20%)	2 (40%)	0,125
	Non	12 (25,5%)	28 (59,6%)	7 (14,9%)	
Antiparkinsoniens	Oui	3 (16,7%)	10 (55,6%)	5 (27,8%)	0,253
	Non	11 (32,4%)	19 (55,9%)	4 (11,8%)	

1.5 Evolution des patients

On a trouvé une corrélation significative entre le devenir social et les réhospitalisations psychiatriques des patients après leurs sorties de l'hôpital ($p=0$), entre le devenir social et leur suivi ($p=0$). Ceci est le cas pour les patients réinsérés ayant une observance thérapeutique ($p=0$). On a noté aussi une association significative entre le devenir social des patients et la solidarité de leurs proches ($p=0$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le devenir social et les autres paramètres. (tableau 9)

Tableau 9 : Corrélation entre le devenir social et l'évolution des patients.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
Réhospitalisation psychiatrique	Oui	5 (71,4%)	0 (0%)	2 (28,6%)	<u>0</u>
	Non	9 (56,3%)	0 (0%)	7 (43,8%)	
Sous traitement	Oui	12 (24%)	29 (58%)	9 (18%)	0,096
	Non	2 (100%)	0 (0%)	0(0%)	
Suivi des patients qui ont été réinsérés	Régulier	9 (81,8%)	0 (0%)	2 (18,2%)	<u>0</u>
	Irrégulier	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Sans Suivi	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Observance thérapeutique	Bonne	4 (66,7%)	0 (0%)	2 (33,3%)	0
	Mauvaise	10 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
Amélioration clinique	Sans amélioration	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0,652
	Légère amélioration	2 (28,6%)	4 (57,1%)	1 (14,3%)	
	Bonne amélioration	12 (29,3%)	21 (51,2%)	8 (19,5%)	
Solidarité familiale	Oui	13 (52%)	7 (28%)	5 (20%)	<u>0</u>
	Non	1 (3,7%)	22 (82,5%)	4 (14,8%)	
Attitude de la famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar	Très satisfaisant	6 (60%)	2 (20%)	2 (20%)	0,054
	Satisfaisant	6 (20,7%)	17 (58,6%)	6 (20,7%)	
	Moyennement satisfaisant	2 (15,4%)	10 (76,9%)	1 (7,7%)	
Le degré de la satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar	Satisfaisant	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0,622
	Moyennement satisfaisant	3 (21,4%)	8 (57,1%)	3 (21,4%)	
	Insatisfaisant	9 (26,5%)	20 (58,8%)	5 (14,7%)	
Degré de la satisfaction du patient au niveau du service	Très satisfaisant	3 (17,6%)	11(64,7%)	3 (17,6%)	0,627
	Satisfaisant	8 (28,6%)	14 (50%)	6 (21,4%)	
	Moyennement satisfaisant	3 (42,9%)	4 (57,1)	0 (0%)	

2 Corrélation entre le score PANSS et les paramètres étudiés

2.1 Paramètres socio-démographiques

On a trouvé une association significative entre le score PANSS et la situation familiale actuelle ($p=0,05$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 10)

Tableau 10 : Corrélation entre le score PANSS et données socio-démographiques.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Age	Moyenne	45	43,82	44,25	37,29	43,25	0,457
	Nombre	5	28	8	7	4	
	Ecart type	7	7,944	9,316	4,071	17,727	
Sexe	Homme	5 (9,6%)	28 (53,8%)	8 (15,4%)	7 (13,5%)	4 (7,7%)	-
	Femme	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Situation familiale	Célibataire	5 (10,2%)	28 (57,1%)	6 (12,2%)	6 (12,2%)	4 (8,2%)	0,05
	Marié	0 (0%)	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Divorcé	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	
Niveau éducatif	Non scolarisé	0 (0%)	3 (60%)	1 (20%)	0 (0%)	1 (20%)	0,785
	Primaire	2 (14,3%)	8 (57,1%)	1 (7,1%)	2 (14,3%)	1 (7,1%)	
	Secondaire	3 (10%)	16 (53,3%)	4 (13,3%)	5 (16,7%)	2 (6,7%)	
	Universitaire	0 (0%)	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0 (0%)	0 (0%)	
Activité professionnelle	Présente	0 (0%)	10 (76,9%)	3 (23,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0,064
	Irrégulière	0 (0%)	7 (87,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0 (0%)	
	Absente	5 (16,1%)	11 (36,5%)	5 (16,1%)	6 (19,4%)	4 (12,9%)	
Revenu mensuel Dhs/mois	<2000 Dhs	4 (10%)	20 (50%)	5 (12,5%)	7 (17,5%)	4 (10%)	0,640
	Entre 2000 -5000 Dhs	1 (10%)	7 (70%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	
	>5000 Dhs	0 (0%)	1 (50%)	1 (50%)	0 (0%)	0 (0%)	
Milieu	Urbain	4 (9,1%)	24 (54,5%)	7 (15,9%)	6 (13,6%)	3 (6,8%)	0,963
	Rural	1 (12,5%)	4 (50%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	

2.2 Antécédents personnels et familiaux

Il existe une corrélation significative entre le score PANSS et l'usage de substances ($p=0$), ceci est le cas pour les antécédents d'utilisation du tabac ($p=0$). Ainsi que pour les antécédents d'utilisation du cannabis ($p=0,002$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 11)

Tableau 11 : Corrélation entre le score PANSS et les antécédents personnels et familiaux.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Antécédents médicaux	Oui	0 (0%)	1 (33,3%)	1 (33,3%)	0 (0%)	1 (33,3%)	0,275
	Non	5(10,2%)	27 (55,1%)	7 (14,3%)	7 (14,3%)	3 (6,1%)	
Antécédents chirurgicaux	Oui	2 (25%)	5 (62,5%)	1 (12,5%)	0 (0%)	0 (0%)	0,413
	Non	3 (6,8%)	23 (52,3%)	7 (15,9%)	7 (15,9%)	4 (9,1%)	
Usage de substances	Oui	5(12,5%)	27 (67,5%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	0 (0%)	<u>0</u>
	Non	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (25%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	
Tabac	Oui	5(12,5%)	27 (67,5%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	0 (0%)	<u>0</u>
	Non	0 (0%)	1 (8,3%)	3 (25%)	4 (33,3%)	4 (33,3%)	
Cannabis	Oui	4(13,8%)	21 (72,4%)	2 (6,9%)	2 (6,9%)	0 (0%)	<u>0,002</u>
	Non	1 (4,3%)	7 (30,4%)	6 (26,1%)	5 (21,7%)	4 (17,4%)	
Alcool	Oui	2(13,3%)	12 (80%)	1 (6,7%)	0 (0%)	0 (0%)	0,076
	Non	3 (8,1%)	16(43,2%)	7 (18,9%)	7 (18,9%)	4 (10,8%)	
Antécédents judiciaires	Oui	2(12,5%)	12 (75%)	1 (6,3%)	1 (6,3%)	0 (0%)	0,233
	Non	3 (8,3%)	16(44,4%)	7 (19,4%)	6 (16,7%)	4 (11,1%)	

Antécédents d'hospitalisations psychiatriques	Oui	5 (11,4%)	23 (52,3%)	6 (13,6%)	7 (15,9%)	3 (6,8%)	0,564
	Non	0 (0%)	5 (62,5%)	2 (25%)	0 (0%)	1 (12,5%)	
Nombre total des hospitalisations	< 3 fois	3 (25%)	5 (41,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	1 (8,3%)	0,911
	Entre 3 et 6 fois	2 (8%)	12 (48%)	4 (16%)	5 (20%)	2 (8%)	
	Entre 7 et 9 fois	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	10 fois ou plus	0 (0%)	3 (75%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	
Type de la dernière hospitalisation psychiatrique	Libre	1 (9,1%)	7 (63,6%)	2 (18,2%)	1 (9,1%)	0 (0%)	0,848
	Sous contrainte	4 (12,1%)	16 (48,5%)	4 (12,1%)	6 (18,2%)	3 (9,1%)	
Antécédents familiaux	Oui	3 (30%)	5 (50%)	2 (20%)	0 (0%)	0 (0%)	0,105
	Non	2 (4,8%)	23 (54,8%)	6 (14,3%)	7 (16,7%)	4 (9,5%)	

2.3 Résidence au Bouya Omar

2.3.1 Motif d'acheminement vers Bouya Omar

Il existe une corrélation significative entre le score PANSS et le motif d'indisponibilité de l'aidant familiale ($p=0$), ceci est le cas pour le motif des conduites addictives ($p=0$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 12)

Tableau 12 : Corrélation entre le score PANSS et le motif d'acheminement vers Bouya Omar.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Hétéro-agressivité	Oui	5 (10,6%)	27 (57,4%)	6 (12,8%)	6 (12,8%)	3 (6,4%)	0,145
	Non	0 (0%)	1 (20%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	
Auto-agressivité	Oui	1 (25%)	2 (50%)	0 (0%)	1 (25%)	0 (0%)	0,548
	Non	4 (8,3%)	26 (54,2%)	8 (16,7%)	6 (12,5%)	4 (8,3%)	
Trouble addictif	Oui	4 (14,8%)	21 (77,8%)	1 (3,7%)	1 (3,7%)	0 (0%)	0
	Non	1 (4%)	7 (28%)	7 (28%)	6 (24%)	4 (16%)	
Trouble physique	Oui	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	0,77
	Non	5 (9,8%)	28 (54,9%)	8 (15,7%)	7 (13,7%)	3 (5,9%)	
Indisponibilité de l'aidant familiale	Oui	1 (7,7%)	2 (15,4%)	3 (23,1%)	6 (46,2%)	1 (7,7%)	0
	Non	4 (10,3%)	26 (66,7%)	5 (12,8%)	1 (2,6%)	3 (7,7%)	
Refus du traitement	Oui	0 (0%)	7 (58,3%)	2 (16,7%)	2 (16,7%)	1 (8,3%)	0,860
	Non	5 (12,5%)	21 (52,5%)	6 (15%)	5 (12,5%)	3 (7,5%)	
Rejet familial	Oui	3 (13,6%)	11 (50%)	3 (13,6%)	2 (9,1%)	3 (13,6%)	0,581
	Non	2 (6,7%)	17 (56,7%)	5 (16,7%)	5 (16,7%)	1 (3,3%)	

2.3.2 Données qui concernent la résidence au Bouya Omar

On a trouvé une association entre le score PANSS et le type de maltraitance : violences physiques ($p=0,001$).

Aucune corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres étudiés. (tableau 13)

Tableau 13 : Corrélation entre le score PANSS et les données qui concernent la résidence au Bouya Omar.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Mode d'accès	Volontaire	0 (0%)	4 (36,4%)	3 (27,3%)	3 (27,3%)	1 (9,1%)	0,201
	Sous contrainte	5 (12,2%)	24 (58,5%)	5 (12,2%)	4 (9,8%)	3 (7,3%)	
Demandeur de l'acheminement vers Bouya Omar	Famille	5 (9,6%)	28 (53,8%)	8 (15,4%)	7 (13,5%)	4 (7,7%)	-
	Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Durée du séjour	<1an	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	1 (25%)	1 (25%)	0,432
	Entre un an et 3 ans	1 (6,7%)	9 (60%)	1 (6,7%)	2 (13,3%)	2 (13,3%)	
	Entre 4 ans et 7 ans	3 (12%)	14 (56%)	5 (20%)	3 (12%)	0 (0%)	
	8 ans ou plus	0 (0%)	4 (50%)	2 (25%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	
Prise en charge thérapeutique au niveau du mausolée	Oui	2 (16,7%)	9 (75%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	0,199
	Non	3 (7,5%)	19 (47,5%)	0 (0%)	1 (8,3%)	0 (0%)	
Maltraitance	Oui	5 (9,6%)	28 (53,8%)	8 (15,4%)	7 (13,5%)	4 (7,7%)	=
	Non	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Maltraitance : Les violences physiques	Oui	5 (10,9%)	28 (60,9%)	7 (15,2%)	3 (6,5%)	3 (6,5%)	0,001
	Non	0 (0%)	0 (0%)	1 (16,7%)	4 (66,7%)	1 (16,7%)	
Maltraitance : Les violences morales et psychologiques	Oui	2 (7,4%)	16(59,3%)	4 (14,8%)	4 (14,8%)	1 (3,7%)	0,819
	Non	3 (12%)	12 (48%)	4 (16%)	3 (12%)	3 (12%)	
Maltraitance : Privation de droits	Oui	3 (7,7%)	21(53,8%)	8 (20,5%)	4 (10,3%)	3 (7,7%)	0,257
	Non	2(15,4%)	7 (53,8%)	0 (0%)	3 (23,1%)	1 (7,7%)	
Maltraitance : Violences matérielles et financières	Oui	1 (7,1%)	5 (35,7%)	4 (28,6%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	0,284
	Non	4(10,5%)	23(60,5%)	4 (10,5%)	5 (13,2%)	2 (5,3%)	
Visites familiales	Oui	2 (4,5%)	25(56,8%)	8 (18,2%)	6 (13,6%)	3 (6,8%)	0,053
	Non	3 (37,5%)	3 (37,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	1 (12,5%)	
Coût de la prise en charge Dhs/mois	Moyenne	1060	948,214	887,5	857,142	762,5	0,570
	Nombre	5	28	8	7	4	

2.4 Evacuation des patients vers les services psychiatriques

2.4.1 Données cliniques

Aucune association significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 14)

Tableau 14 : Corrélacion entre le score PANSS et les données cliniques

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Diagnostic	Schizophrénie	5 (9,8%)	28(54,9%)	8 (15,7%)	7 (13,7%)	3 (5,9%)	0,77
	Autre	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1 (100%)	
Age de début	Moyenne	24,4	25,63	26,5	22,67	22,67	0,745
	Nombre	5	27	8	6	3	
	Ecart Type	4,615	6,203	5,632	4,590	5.774	
Forme de la schizophrénie	Indifférenciée	3 (15%)	12 (60%)	3 (15%)	1 (5%)	1 5%)	0,316
	Désorganisée	2 (13,3%)	4 (26,7%)	4 (26,7%)	3 (20%)	2 13,3%)	
	Paranoïde	0 (0%)	8 (72,7%)	1 (9,1%)	2 (18,2%)	0 0%)	
	Schizo affectif	0 (0%)	1 (50%)	0 (0%)	1 (50%)	0 0%)	
	Résiduelle	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 0%)	

2.4.2 Prise en charge thérapeutique

Il n'y a pas de corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 15)

Tableau 15 : Corrélation entre le score PANSS et la prise en charge thérapeutique.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Nombre des NL	Monothérapie	0 (0%)	2 (66,7%)	1 (33,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0,852
	Association des deux NL	5 (10,2%)	26 (53,1%)	7 (14,3%)	7 (14,3%)	4 (8,2%)	
NL classique	Oui	5 (10,4%)	26 (54,2%)	7 (14,6%)	6 (12,5%)	4 (8,3%)	0,818
	Non	0 (0%)	2 (50%)	1 (25%)	1 (25%)	0 (0%)	
Chlorpromazine	Oui	5 (12,2%)	23 (56,1%)	7 (17,1%)	3 (7,3%)	3 (7,3%)	0,134
	Non	0 (0%)	5 (45,5%)	1 (9,1%)	4 (36,4%)	1 (9,1%)	
Lévomépromazine	Oui	4 (13,3%)	15 (50%)	3 (10%)	5 (16,7%)	3 (10%)	0,546
	Non	1 (4,5%)	13 (59,1%)	5 (22,7%)	2 (9,1%)	1 (4,5%)	
Halopéridol	Oui	5 (16,1%)	17 (54,8%)	5 (16,1%)	3 (9,7%)	1 (3,2%)	0,189
	Non	0 (0%)	11 (52,4%)	3 (14,3%)	4 (19%)	3 (14,3%)	
Antipsychotique atypique	Oui	1 (3,2%)	15 (48,4%)	5 (16,1%)	6 (19,4%)	4 (12,9%)	0,090
	Non	4 (19%)	13 (61,9%)	3 (14,3%)	1 (4,8%)	0 (0%)	
Olanzapine	Oui	1 (6,7%)	7 (46,7%)	1 (6,7%)	3 (20%)	3 (20%)	0,198
	Non	4 (10,8%)	21 (56,8%)	7 (18,9%)	4 (10,8%)	1 (2,7%)	
Amisulpride	Oui	0 (0%)	8 (50%)	4 (25%)	3 (18,8%)	1 (6,3%)	0,409
	Non	5 (13,9%)	20 (55,6%)	4 (11,1%)	4 (11,1%)	3 (8,3%)	
Rispéridone	Oui	0 (0%)	1 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	1
	Non	5 (9,8%)	27 (52,9%)	8 (15,7%)	7 (13,7%)	4 (7,8%)	
NAP	Oui	1 (6,7%)	9 (60%)	1 (6,7%)	3 (20%)	1 (6,7%)	0,778
	Non	4 (10,8%)	19 (51,4%)	7 (18,9%)	4 (10,8%)	3 (8,1%)	
Associations des antipsychotiques	Oui	1 (3,6%)	13 (46,4%)	4 (14,3%)	6 (21,4%)	4 (14,3%)	0,059
	Non	4 (16,7%)	15 (62,5%)	4 (61,7%)	1 (4,2%)	0 (0%)	
Antidépresseurs	Oui	1 (6,3%)	8 (50%)	2 (12,5%)	2 (12,5%)	3 (18,8%)	0,131
	Non	4 (11,1%)	2 (55,6%)	6 (16,7%)	5 (13,9%)	1 (2,8%)	
Anxiolytiques	Oui	0 (0%)	6 (75%)	1 (12,5%)	0 (0%)	1 (12,5%)	0,627
	Non	5 (11,4%)	22 (50%)	7 (15,9%)	7 (15,9%)	3 (6,8%)	
Thymorégulateurs	Oui	0 (0%)	2 (40%)	1 (20%)	1 (20%)	1 (20%)	0,488
	Non	5 (10,6%)	26 (55,3%)	7 (14,9%)	6 (12,8%)	3 (6,4%)	
Antiparkinsoniens	Oui	3 (16,7%)	10 (55,6%)	2 (11,1%)	2 (11,1%)	1 (5,6%)	0,786
	Non	2 (5,9%)	18 (52,9%)	6 (17,6%)	5 (14,7%)	3 (8,8%)	

2.5 Evolution des patients

On a noté une corrélation significative entre le score PANSS et l'amélioration clinique ($p=0$).

Il n'y a pas de corrélation significative entre le score PANSS et les autres paramètres. (tableau 16)

Tableau 16 : Corrélation entre le score PANSS et l'évolution des patients.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Réhospitalisation psychiatrique	Oui	1 (14,3%)	5 (51,4%)	0 (0%)	1 (14,3%)	0 (0%)	0,526
	Non	1 (6,3%)	8 (50%)	5 (31,3%)	2 (12,5%)	0 (0%)	
Sous traitement	Oui	5 (10%)	26 (52%)	8 (16%)	7 (14%)	4 (8%)	1
	Non	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Suivi des patients qui ont été réinsérés	Régulier	1 (9,1%)	5 (45,5%)	3 (27,3%)	2 (18,2%)	0 (0%)	0,966
	Irrégulier	0 (0%)	3 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
	Sans Suivi	0 (0%)	2 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	
Observance thérapeutique	Bonne	1 (16,7%)	2 (33,3%)	2 (33,3%)	1 (16,7%)	0 (0%)	0,656
	Mauvaise	0 (0%)	8 (80%)	1 (20%)	1 (20%)	0 (0%)	
Amélioration clinique	Sans amélioration	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	4 (100%)	0
	Légère amélioration	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	7 (100%)	0 (0%)	
	Bonne amélioration	2 (12,2%)	28 (68,3%)	8 (19,5%)	0 (0%)	0 (0%)	
Solidarité familiale	Oui	1 (4%)	14 (56%)	5 (20%)	3 (12%)	2 (8%)	0,705
	Non	4 (14,8%)	14 (51,9%)	3 (11,1%)	4 (14,8%)	2 (7,4%)	
Attitude de la famille à l'égard de l'évacuation de Bouya Omar	Très satisfaisant	0 (0%)	5 (50%)	2 (20%)	1 (10%)	2 (20%)	0,504
	Satisfaisant	5 (17,2%)	14 (48,3%)	5 (17,2%)	4 (13,2%)	1 (3,4%)	
	Moyennement satisfaisant	0 (0%)	9 (69,2%)	1 (7,7%)	2 (15,4%)	1 (7,7%)	

Degré de la satisfaction du patient au niveau de Bouya Omar	Satisfaisant	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0,717
	Moyennement satisfaisant	1 (7,1%)	9 (64,3%)	3 (21,4%)	1 (7,1%)	0 (0%)	
	Insatisfaisant	4 (11,8%)	15 (44,1%)	5 (14,7%)	6 (17,6%)	4 (11,8%)	
Degré de la satisfaction du patient au niveau du service	Très satisfaisant	1 (5,9%)	7 (41,2%)	2 (11,8%)	3 (17,6%)	4 (23,5%)	0,085
	Satisfaisant	2 (7,1%)	16 (71,4%)	6 (21,4%)	4 (14,3%)	0 (0%)	
	Moyennement satisfaisant	2 (28,6%)	5 (71,4%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

3 Corrélation entre le score PANSS et le devenir social

Aucune corrélation significative entre le score PANSS et le devenir social des patients. (tableau 17)

Tableau 17 : Corrélation entre le score PANSS et le devenir social des patients.

Variables étudiées		Rémission	Symptômes légers	Symptômes modérés	Symptômes peu sévères	Symptômes sévères	P
Devenir social des patients	Réinsertion familiale	0 (0%)	10 (71,4%)	2 (14,3%)	2 (14,3%)	0 (0%)	0,314
	Toujours en hospitalisation	3(10,3%)	15 (51,7%)	3 (10,3%)	4 (13,8%)	4 (13,8%)	
	Emplacement dans un centre social	2(22,2%)	3 (33,3%)	3 (33,3%)	1 (11,1%)	0 (0%)	

4 Corrélation entre le score CGI-Amélioration et le devenir social

On n'a pas trouvé une corrélation significative entre le devenir social des patients et le score CGI-amélioration. (tableau 18)

Tableau 18 : Corrélation entre le devenir social des patients et le score CGI-amélioration.

Variables étudiées		Réinsertion familiale	Toujours en hospitalisation	Emplacement dans un centre social	P
CGI-amélioration	Très fortement amélioré	7 (26,9%)	15 (57,7%)	4 (15,4%)	0,095
	Fortement amélioré	5 (45,5%)	2 (18,2%)	4 (36,4%)	
	Légèrement amélioré	2 (18,2%)	8(72,7%)	1 (9,1%)	
	Pas de changement	0 (0%)	4 (100%)	0 (0%)	

IV. DISCUSSION

1 Argumentaire de l'étude

Tout d'abord, il faut noter que ce travail est réalisé pour la première fois au Maroc, et n'est que rarement abordé sur l'échelle internationale.

Notre étude s'intéresse au devenir psychosocial et clinique des patients qui ont été évacués de Bouya Omar vers les services psychiatriques dans les différentes régions de royaume. Dans cette étude, 98% des patients hospitalisés ont été diagnostiqués avec une schizophrénie. Cette maladie mentale est assez fréquente affecte environ 350 000 Marocains. Elle a un impact majeur sur l'adaptation sociale et cause de grandes souffrances aux patients et à leurs proches. Sa gestion est très lourde, elle représente donc un Problème majeur de santé publique.

Nos résultats sont d'un grand intérêt et permettent d'avoir une idée globale sur le devenir clinique et psychosocial des patients de Bouya Omar.

2 Données sociodémographiques

En analysant nos résultats, nous retrouvons que l'âge moyen de notre échantillon était de 43,08 ans +/- 8,666, similaire à celui de Guillard-Bouhet N. et al. [57] 42,93 ans +/- 10,95, alors que celui de Sabah M.S.Z. [58] était de 32,4 ans +/- 10,1, ainsi que de El Ammouri A. [59] était de 33,6 ans +/- 10,2.

Dans notre échantillon, 100 % étaient de sexe masculin. Le pourcentage du sexe masculin dans les autres études était 81% pour Sabah M.Z.S [58], 74% pour EL Ammouri A. [59], et 56% pour Guillard-Bouhet N. et al [57].

La majorité de nos patients soit 94,4% étaient célibataires, 59,6% étaient sans profession reflétant ainsi l'impact social de la maladie. Ces résultats rejoignent les données de la littérature.

Tableau 19 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.

	Guillard-Bouhet N.	Sabah M.S.Z.	El Ammouri A.	Notre étude
Pays	France	Maroc	Maroc	Maroc
Taille de l'échantillon	75	150	62	52
Date de l'étude	2005	2016	2016	2019
Moyenne d'âge	42,93	32,4	33,7	43,08
Sexe : Masculin	56%	81%	74%	100%
Situation familiale : Célibataire	57,3%	73%	74%	94,4%
Activité professionnelle : Sans profession	57%	75%	76%	59%

3 Antécédents personnels et familiaux

Parmi les cinquante-deux patients inclus dans notre étude, 76,9% des patients consommaient du tabac, 55,8% étaient consommateurs du cannabis, et 28,8% étaient consommateurs d'alcool. Ces résultats rejoignent celui de Belaabid M. [60], 64,7% des patients consommaient du tabac, 58,1% étaient consommateurs du cannabis, et 28,1% étaient consommateurs d'alcool. Pour Delignere A.-L. et al [61], les résultats de la consommation d'alcool est très élevé par rapport à ceux de notre étude, cela peut être expliqué par une différenciation culturelle entre les deux pays.

Nos résultats nous indiquent que chez les patients hospitalisés dans les services psychiatriques, 30,8% avaient des antécédents judiciaires. La violence physique représente le motif d'incarcération le plus représenté avec un taux de 13,50%, cela rapproche les résultats de M. Belaabid [60] qui a trouvé que

18,9% des patients avaient des antécédents judiciaires, avec un de taux de 11,76% pour le motif de la violence physique.

Concernant les antécédents familiaux, 19% de nos patients avaient des antécédents de psychose chronique. Alors que l'étude de M. Belaabid [60] a révélé que 32% patients ayant un antécédent familial que ça soit du 1er ou 2ème degré.

Tableau 20 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.

	Delignere A.-L. et al.	Belaabid M.	Notre étude
Pays	France	Maroc	Maroc
Taille de l'échantillon	106	153	52
Date de l'étude	2018	2016	2019
<u>Les antécédents d'usage de substances :</u>			
Tabagisme	64%	64,7%	76,6%
Cannabis	9,4%	58,1%	55,8%
Alcool	89,6%	28,1%	28,8%
<u>Les antécédents judiciaires :</u>			
Violence Physique	-	18,9% 13,5%	30,8% 11,76%
<u>Les antécédents psychiatriques familiaux</u>	-	32%	19%

4 Motif d'emplacement à Bouya Omar

Dans notre étude, la majorité des patients ont été acheminés vers Bouya Omar sous motif d'hétéro-agressivité avec un taux de 90,40%. Ce paramètre a fait un sujet d'une étude danoise [62], qui a investigué la relation entre les troubles mentaux majeurs et la violence dans une cohorte de naissance danoise. L'étude a montré que la maladie mentale majeure, et en particulier la schizophrénie, augmente le risque de violence.

Parmi les résultats les plus significatifs dans notre étude, on trouve l'association entre le devenir social et le rejet familial ($p=0$), ce dernier représente 42% des motifs d'acheminement vers le site de Bouya Omar.

Dans le même sens, une étude réalisée dans 27 pays auprès de 732 schizophrènes, dans 28 sites d'étude, Thornicroft G. [63] est parvenu à une conclusion que les malades schizophrènes se plaignent d'être rejetés, les résultats révèlent que 344 (47%) parmi 729 participants ont trouvé une grande difficulté à se faire ou à garder des amis. Viennent ensuite l'attitude négative des membres de la famille par 315 (43 %) parmi 728 participants, 209 (29%) parmi 724 se sont plaints d'avoir des difficultés de trouver un emploi, 215 (29%) des 730 de garder un emploi, et finalement 196 (27%) parmi 724 participants n'ont pas pu faire des relations intimes ou sexuelles. Selon la World Psychiatric Association, cette étude devrait aider les psychiatres à convaincre les autorités nationales de mieux financer l'accès aux soins, et de lancer des campagnes d'information et de sensibilisation auprès du grand public.

5 Données cliniques

Au sein de la population étudiée, 98% des patients avaient un diagnostic d'entrée de schizophrénie selon le DSM-5. Selon le DSM IV, 26% présentaient une schizophrénie désorganisée, 23% avaient une schizophrénie paranoïde, 9% avaient une schizophrénie résiduelle, alors que 4% avaient un trouble schizo-affectif. Ces résultats concordent avec les résultats de Guillard-Bouhet N. [57], cela peut être dû au manque des données recueillies à partir les dossiers médicaux des services psychiatriques d'où on a constaté que 38% des patients avaient un type non précis de la schizophrénie.

Concernant l'âge de diagnostic de la maladie, la moyenne de survenue de la schizophrénie est 25,35ans \pm 5,674. Cela est similaire avec ceux de El Ammouri A. [59] 23ans \pm 7, et de Sabah M.S.Z. [58] 22,3 ans \pm 7,5.

Tableau 21 : Résultats des différentes études comparées à la nôtre.

	Guillard-Bouhet N.	Sabah M.S.Z.	Notre étude
Pays	France	Maroc	Maroc
Taille de l'échantillon	75	150	52
Date de l'étude	2005	2015	2019
L'âge moyen de diagnostic	-	23 ans	25,35 ans
<u>Type de schizophrénie :</u>			
Indifférencié	0%	-	38%
Paranoïde	74,7%	-	23%
Désorganisé	2,7%	-	26%
Indifférencié	2,7%	-	0%
Résiduel	13,3%	-	9%
Schizo-affectif	0%	-	4%
Catatonique	6,7%	-	0%

6 Devenir psychosocial du patient et sa relation avec le soutien familial

Dans notre échantillon, 29 patients soit 55,80% sont toujours en hospitalisation, tandis que 14 patients soit 26,90% ont été réinsérés dans le milieu familiale, et 9 patients soit 17,30% ont été transférés vers les centres sociaux. Parmi les résultats les plus significatifs dans notre étude, est la corrélation entre le devenir social et le soutien familial ($p=0$), 52 % des patients n'ont pas bénéficié d'une solidarité familiale, ainsi que la majorité des cas 82% restent toujours en hospitalisation dans les services psychiatriques et 14,8% dans les centres sociaux.

Dans une étude tunisienne [64], les auteurs ont étudié la relation entre la solidarité familiale dans la prise en charge et la schizophrénie à partir de la comparaison des schizophrènes violents à celui des schizophrènes non violents. L'étude avait relevé l'absence d'un bon soutien familial parmi les sujets violents, seulement 10 % d'entre eux bénéficient d'une bonne prise en charge familiale contre 60 % des patients schizophrènes non violents, sans pour autant pouvoir déterminer l'antériorité du rejet familial à la violence. Cette étude a constaté que la mauvaise prise en charge soit une résultante de la violence et non l'une de ses causes. Ils ont noté que 80 % des patients schizophrènes continuaient de vivre avec au moins un membre de leur famille et ce malgré les conflits existants.

Dans le même sens, Benabdelhak T. H. [68] a montré qu'il existe une souffrance et un isolement social des malades schizophrènes, une stigmatisation et un rejet du malade par la société et par certains membres de sa famille, ainsi qu'un sentiment de surcharge et de "fardeau" chez les proches.

7 Evaluation clinique des patients

Selon le score PANSS, le score moyen de l'échelle positive était de 15,12 +/-4.664, le score moyen de l'échelle négative était de 19,94 +/- 6,338, le score moyen de l'échelle psychopathologique générale était de 33.12 +/- 10.217. Dans le même sens, plusieurs travaux ont étudié la réadaptation psychosociale et la qualité de vie des schizophrènes. Guillard-Bouhet N. [57] dans une étude transversale sur 75 schizophrènes, a trouvé la moyenne des scores de l'échelle positive de la PANSS est de 10,8, la moyenne des scores de l'échelle négative de la PANSS est de 19,38. et, la moyenne des scores de l'échelle de psychopathologie générale de la PANSS est de 30,48.

Selon le score CGI-amélioration, 50% des patients se sont très bien améliorés, 21,20% se sont améliorés, 21,20% se sont légèrement améliorés, par contre 7,7% n'ont pas marqué un changement clinique. Cela peut être expliqué par l'impact de l'initiative Karama sur le devenir clinique des patients de Bouya Omar qui ont bénéficié d'une prise en charge thérapeutique et sociale au cours de leur hospitalisation dans les services psychiatriques.

8 Rechute et observance thérapeutique

Parmi les patients qui ont été réinsérés dans le milieu familiale après la sortie de l'hôpital. 30% ont été réhospitalisés avec un nombre moyen d'hospitalisations de 3,14 fois. Et chez ces patients réinsérés, 63% n'étaient pas observants selon l'échelle MARS.

Une enquête de Passerieux C. [65] a été réalisée auprès de 316 patients schizophrènes et 82 de leurs proches, concernant la dernière rechute, seuls 4% des patients et 7% des proches rapportent spontanément l'arrêt du traitement comme cause de la rechute. Néanmoins, dans près de 40 % des rechutes, le patient reconnaît avoir arrêté son traitement juste avant son hospitalisation.

Dans le même sens, plusieurs travaux ont étudié l'observance thérapeutique chez une population de patients atteints de schizophrénie, El Ammouri A. [59] a montré que 40 % des patients atteints de schizophrénie n'étaient pas observants à leurs traitements antipsychotiques. D'après Kampman O. et al [66], la prévalence de la non-observance chez des patients avec un premier épisode psychotique est évaluée à 50 % environ. Elle peut atteindre jusqu'à 75 % après la sortie de l'hôpital [67].

V. Apport et limites de l'étude

1 Apport de l'étude

Notre étude est la première du genre au Maroc. Elle nous a fourni un ensemble d'informations, aussi bien d'un point de vue descriptif qu'analytique. Nous avons pu enquêter un effectif de 52 patients, ce qui permet une comparaison avec d'autres études similaires qui se sont intéressées à cette thématique.

On a également introduit des échelles psychométriques, notamment le score PANSS, CGI, MARS, HCR-20, et EGF.

2 Limites et difficultés de l'étude

Dans notre étude, on était confronté à des difficultés :

- L'utilisation des échelles psychométriques non validées en arabe dialectal marocain.
- Les données de la littérature qui sont très peu nombreuses, rendant la comparaison de notre étude avec des travaux similaires limités.
- Le manque des données cliniques dans les dossiers médicaux.
- Le nombre réduit des patients inclus, la prédominance du sexe masculin.
- Le nombre des patients qui restent hospitalisés est plus élevé par rapport aux patients qui ont été réinsérés dans le milieu familial.

3 Perspectives de l'étude

Dans les perspectives de l'étude, on soulève les points suivants :

- Elargissement de la taille de l'échantillon.
- Etude longitudinale de l'évolution clinique et de l'insertion sociale des patients.
- Validation des échelles psychométriques.

VI. Recommandation

Au terme de cette étude, la promotion de la santé mentale demeure d'une grande nécessité afin de lutter contre les attitudes discriminantes et stigmatisantes envers les malades, mais aussi en vue d'accroître leurs capacités de vivre en harmonie dans la société.

On développe les volets suivants :

1 Volet thérapeutique

- Développement des ressources en santé mentale.
- Création des services d'hospitalisation dans les différentes régions.
- Création des centres de réhabilitation et des hôpitaux de jour.
- Création des structures socio-médicales intermédiaires, pour la réinsertion sociale des patients schizophrènes et leur réhabilitation.
- Renforcement de l'arsenal juridique concernant la maltraitance et l'abus des malades mentaux.

2 Rôle de la famille

- Proposer des programmes de psychoéducation, d'entraide et de soutien, aux familles des malades souffrant de schizophrénie et des troubles apparentés.
- Intégration des associations des familles dans la prise en charge.

3 Rôle de la société

- Promouvoir les associations qui aident les patients dans la réinsertion socioprofessionnelle.
- Lutter contre la stigmatisation des malades mentaux.
- Lutter contre le recours aux marabouts pour traiter les troubles psychiatriques.

4 Volet de la formation

- Former plus de professionnels de la santé mentale, vu le nombre réduit des psychiatres, psychologues et infirmiers en psychiatrie.
- Assurer des formations pour les médecins généralistes pour les intégrer dans la prise en charge des pathologies psychiatriques.

CONCLUSION

Il semble que l'initiative Karama a joué un rôle de révolte contre le destin des pensionnaires de Bouya Omar, ce fameux saint ou les pensionnaires subissent des actes qui portent atteinte à leurs droits humains fondamentaux et parfaits infraction aux lois du Pays dont le Dahir de 1959 : Détention, privation de soins, et maltraitance. Le projet Karama a donc présenté un énorme progrès dans un pays en voie de développement en matière de la santé mentale, malgré que la fermeture de Bouya Omar ait confronté à plusieurs contraintes.

En effet, l'initiative a permis aux malades de bénéficier d'une prise en charge thérapeutique et social gratuite. Aux termes de notre étude, nos résultats ont montré que de l'initiative Karama avait un majestueux impact sur l'amélioration clinique. Cependant, cette amélioration fait toujours face à d'énormes difficultés, en particulier l'impact de la société et de la famille sur ces malades comme l'exclusion sociale et familiale et le manque de la solidarité et du soutien familial dans la prise en charge.

Au terme de ce modeste travail, la promotion de la santé mentale demeure d'une grande nécessité afin de lutter contre les attitudes discriminantes et stigmatisantes envers les malades mais aussi en vue d'accroître leurs capacités de vivre en harmonie dans la société.

RESUME

RESUME

La fermeture de Bouya Omar et l'évacuation des pensionnaires vers la différente structure psychiatrique dans les régions du royaume du Maroc, représente un énorme progrès en matière de santé mentale, malgré le fait d'avoir été confronté à de nombreuses contraintes au cours des dernières décennies.

Objectifs : Le but principal de notre étude est d'étudier l'impact de l'initiative Karama sur le devenir clinique et psychosocial des pensionnaires de Bouya Omar, qui ont été référés vers les services psychiatriques.

Méthodologie : Nous avons mené une étude transversale auprès de patients hospitalisés au service ou vus en consultation psychiatrique des hôpitaux ; Ibn Al Hassan de Fès, Ibn-Baja de Taza, Moulay Ismail de Meknès, Hassan II de Al-Araoui, Mohamed VI de Bouarfa, et lieutenant Mohamed Bouafi de Casablanca, ainsi que le centre d'accueil des malades psychiatriques et des personnes en situation de handicap mental de Meknès, et le centre social Bab khoukha de Fès. Le recueil des données était prospectif, portant sur une période de 18 mois à travers un hétéro-questionnaire et des échelles d'évaluation : score de PANSS, CGI, MARS, HCR-20, et EGF.

Résultats : 52 patients répondaient aux critères d'inclusion. L'âge moyen de nos patients est de 43 ans +/- 8,66. La majorité des patients était célibataire (94,40%), sans profession (59,60%), et de bas niveau socio-économique (76,90%). Plus de la moitié des patients (60%) ont été recrutés en service. La majorité des cas ont été acheminés vers Bouya Omar sous motif d'hétéro-agressivité avec un taux de (90,40%), (79%) ont été amenés sous contrainte, la totalité des patients ont subis une maltraitance (100%), avec

prédominance de type de violences physiques chez (88,50%). Concernant le devenir psychosocial de nos patients (55,80%) sont toujours en hospitalisation dans les services psychiatriques, et (52%) n'ont pas bénéficié d'une solidarité familiale dans la prise en charge. L'évaluation de l'amélioration clinique par le score CGI-Amélioration a montré que La moitié des cas (50%) sont très fortement améliorés.

L'initiative Karama est donc venue affirmer le droit des malades mentaux en matière d'une prise en charge adéquate ainsi que lutter contre les attitudes discriminatoires envers cette catégorie de malade.

SUMMARY

The closure of Bouya Omar and the evacuation of residents to the different psychiatric structure in the regions of the kingdom of Morocco, represents a huge advance in mental health, despite having been confronted with many constraints in recent decades.

Objectives: The main aim of our study is to study the impact of the Karama initiative on the clinical and psychosocial fate of residents of Bouya Omar, who have been evacuated there to psychiatric facilities.

Methodology: We conducted a cross-sectional study with patients hospitalized in the service or seen in psychiatric consultation of hospitals; Ibn Al Hassan of Fès, Ibn-Baja de Taza, Moulay Ismail of Meknès, Hassan II of Al-Araoui, Mohamed VI of Bouarfa, and Lieutenant Mohamed Bouafi of Casablanca, as well as the reception center for psychiatric patients and people in situations of mental handicap of Meknes, and the Bab khoukha social center of Fez. The data collection was prospective, covering a period of 18 months through a hetero-questionnaire and evaluation scales: PANSS score, CGI, MARS, HCR-20, and EGF.

Results: 52 patients met the inclusion criteria. The average age of our patients is 43 years \pm 8.66. The majority of patients were single (94.4%) without profession (59.60%) and of low socio-economic level (76.90%). More than half of the patients (60%) were recruited in service. The majority of cases were sent to Bouya Omar on the grounds of hetero-aggressiveness with a rate of (90.40%), (79%) were brought under duress, all of them were subjected to (100%) ill-treatment, with a predominance of type of physical violence

(88.50%). Regarding the psychosocial outcome of our patients (55.80%) are still in hospital in psychiatric services, (52%) have not benefited from family solidarity in care. The evaluation of clinical improvement by the CGI-Improvement score showed that Half of the cases (50%) are very strongly improved.

The Karama initiative has therefore come to assert the right of the mentally ill with regard to adequate care and to combat discriminatory attitudes towards this category of patient.

ملخص

يعد إغلاق بوياء عمر وإجلاء مقيميها إلى مختلف المراكز المتخصصة بالطب النفسي في مختلف ربوع المملكة، تقدما كبيرا في مجال الصحة العقلية، على الرغم من معرفته مجموعة من الصعوبات في الأونة الاخيرة.

الأهداف: الهدف الرئيسي من دراستنا، هو دراسة أثر مبادرة كرامة على المصير السريري والنفسي-الاجتماعي لمقيمي بوياء عمر، الذين تم إجلاؤهم إلى مختلف مراكز الطب النفسي.

المنهجية: أجرينا دراسة استعراضية لحالات المرضى الذين تم إدخالهم إلى المستشفى أو يخضعون لاستشارة النفسية في المستشفيات الأتية؛ ابن الحسن في فاس، ابن باجة بتازة، مولاي إسماعيل بمكناس، الحسن الثاني بالعروي، محمد السادس ببوعرفة، والملازم محمد البوافي بالدار البيضاء، وكذلك مركز استقبال المرضى النفسيين والأشخاص في حالات الإعاقة الذهنية بمكناس، والمركز الاجتماعي باب خوخة بفاس.

كان جمع البيانات مستقبليا، حيث غطى فترة 18 شهرا من خلال استبيان مغاير ومقاييس التقييم التالية:

تقييم EGF و HCR-20, MARS, CGI, PANSS.

النتائج: 52 حالة حققت معايير الاشتمال. متوسط عمر مرضانا هو 43 سنة +/- 8,66. كان غالبية المرضى عازبين بنسبة (49,4%)، (59,6%) بدون مهنة، (76,9%) ذو مستوى اجتماعي واقتصادي متدني. أكثر من نصف المرضى تمت رؤيتهم في المستشفى بنسبة (60%). غالبية الحالات التي نقلت إلى بوياء عمر (90,40%) على أساس العدوانية اتجاه الأخر، كما أن (79%) تعرض للإكراه أثناء نقله. (100%) من الحالات تعرضت إلى معاملة سيئة، مع هيمنة العنف الجسدي بنسبة (88,50%). فيما يتعلق بالنتائج النفسية والاجتماعية لمرضانا، (55,80%) لا يزال مقيما في المراكز الصحية، كما أن (52%) لم يستفيدوا من التضامن الأسري في الرعاية. اما التقييم السريري من خلال تقييم: CGI-Amélioration, أظهر أن نصف الحالات (50%) تحسنت بشدة.

لذلك جاءت مبادرة كرامة لتأكيد حق المرضى النفسيين فيما يتعلق بالرعاية المناسبة ومكافحة المواقف التمييزية تجاه هذه الفئة من المرضى.

BIBLIOGRAPHIE

[1]. Choukri F.

Espace, aspects psychologiques et anthropologique.

Publication LCCom. N° 2 Vol 3, décembre 2019

[2]. Ministère de la santé.

إشكالية انتهاك حقوق المرضى المصابين بأمراض نفسية بضريح بويا عمر

avr. 15, 2015, disponible sur :

https://leconomiste.com/sites/default/files/eco7/public/etude_sur_letat_des_malades_a_bouya_omar1.pdf

[3]. OMS organisation mondiale de la santé.

Schizophrénie.

4 octobre 2019, disponible sur :

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>

[4]. Ministère de la santé.

Initiative « Al KARAMA » en Santé Mentale.

Juin 2015, disponible sur :

<https://www.sante.gov.ma/sites/Ar/Documents/Al%20karama%20depliant.pdf>

[5]. Hussein F.M.

A study of the role of unorthodox treatments of psychiatric illnesses.

Arab Journal of Psychiatry, 1991, p. 170-184.

[6]. Karoumi B.

Les schizophrénies au Maroc.

Série Recherches, p 72, Publication du Ministère de la Culture, 2010.

[7]. Khalifa N.

Possession and Jinn.

J. R. Soc. Med., 2005, p. 351-353.

[8]. Al Habeeb T.A.

A pilot study of faith healers' views on evil eye, jinn possession, and magic in the kingdom of Saudi Arabia.

J. Family Community Med. vol 10, 2003, p. 8–31.

[9]. Rhani Z.

Le culte de Ben Yeffou : sainteté, rituel et pouvoir au Maroc.

Thèse présentée à la Faculté des études supérieures, Département d'anthropologie, Faculté des arts et des sciences, Université de Montréal, Novembre 2008.

[10]. Aouattah A.

Anthropologie du pèlerinage et de la sainteté dans le maraboutisme marocain.

IBLA, 58, 175, 1995, pp. 31–54.

[11]. Gardet L.

L'Islam : religion et communauté.

Paris : Desclée de Brouwer. Geertz, Clifford, 2002.

[12]. Andeziane S.

< L'Algérie, le Maroc, la Tunisie >, in Les Voies d'Allah. Les ordres mystiques dans le monde musulman des origines à aujourd'hui, Alexandre Popovic et Gilles Veinstein (eds.)

p. 389–408. Paris : Fayard, 1996.

[13]. Geertz C.

Observer l'Islam : changement religieux au Maroc et en Indonésie.

trad. Jean-Baptiste Grasset. Paris : La Découverte., 1992.

[14]. Naamouni K.

Le culte de Bouya Omar.

Eddif, Casablanca, 1993.

[15]. Aufauvre C.

Des procès en chair et en songe. Sainteté et exorcisme à Bouya Omar et Sidi Chamharouch (Maroc).

Centre Jacques Berque, vol. 6, no 2, 2009 : 93–114.

[16]. Aufauvre C.

Pèlerinage dans une communauté en marge : réclusion, rêve et politique.

Centre Jacques Berque, 2015, p. 735–744.

[17]. Benmansour S.

Histoire de la psychiatrie au Maroc (Thèse pour le Doctorat en médecine).

Université Mohammed V – Souissi, Faculté de médecine et de pharmacie –Rabat, n°: 149, 2013.

[18]. Asouab F., Agoub M., Kadri N., Moussaoui D., Rachidi S., Tazi M.A., et al.,

Prévalence des troubles mentaux dans la population marocaine (enquête nationale, 2005).

D.E.L.M. Bulletin Epidémiologique, 2005.

[19]. Ministère de la santé

Stratégie Sectorielle de Santé 2012–2016.

Mars 2012, disponible sur :

https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/legaldocument/wcms_532841.pdf

[20]. Tyal H.

Les malades mentaux et les marabouts au Maghreb Cas De Bouya Omar.

Casablanca, le 01 mai 2015. Disponible sur :

<https://docplayer.fr/amp/42685574-Les-malades-mentaux-et-les-marabouts-au-maghreb-cas-de-bouya-omar.html>

[21]. Dades H.

Bouya Omar : Louardi face à la cage aux fous.

Le Reporter, avr. 28, 2015. Disponible sur :

<https://www.lereporter.ma/bouya-omar-louardi-face-a-la-cage-aux-fous/>

[22]. Hautecouverture S., Limosin F., Rouillon F.

Epidémiologie des troubles schizophréniques.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie, 2006, p. 35 :461–8.

[23]. Jablenski A.

Epidemiology of schizophrenia: a European perspective.

Schizophr Bull, 1986, p. 12:52–73.

[24]. Husted J.A., Lim S., Chow E.W.

Heritability of neurocognitive traits in familial schizophrenia.

AM J Med Genet B Neuropsychiatr Genet, 2009, p. 150 B (6):845–53.

[25]. Tienari P., Wynne L.C., Moring J.

Finnish adoptive family study: sample selection and adoptee DSM–III–R diagnoses.

Acta Psychiatr Scand, 2000, p. 101(6):433–43.

[26]. Thibaut F., d'Amato T., Campion D.

Génétique de la schizophrénie.

Ouvrage collectif publié par John Libbey Eurotext, Edition Montrouge 2003.

[27]. Cardno A.G., Marshall E.J.

Heritability estimates for psychotic disorders.

Arch Gen Psychiatry, 1999, p. 56: 162–8.

[28]. Karayiorgou M., Gogos J.A.

The molecular genetics of the 22q11-associated schizophrenia.

Brain Res Mol Brain Res, 2004, p. 132(2):95–104.

[29]. Howes O.D., Kapur S.

The dopamine hypothesis of schizophrenia: version III—the final common pathway.

Schizophr Bull, 2009, p. 35(3):549–62.

[30]. Coyl J.T.

Converging evidence of NMDA receptor hypofunction in the pathophysiology of Schizophrenia.

Annals of the New York Academy of Sciences, 2003, p. 318–27.

[31]. Llorca P.M.

La schizophrénie.

Encyclopédie Orphanet, 2004. Disponible sur :

<https://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

[32]. Cannon M., Murray R.M.

Neonatal origins of schizophrenia.

Arch Dis Child, 1998, p. 78:1–3.

[33]. Linkowski P., Jurysta F.

La schizophrénie : une maladie aux étiologies méconnues de Belgique.

Revue Hospitas: 2001,4:247

[34]. Saoud M., d'Amato T.

La schizophrénie de l'adulte, des causes aux traitements.

Publié par Masson, 2006.

[35]. Tsoi D.T.Y., Hunter M.D., Woodruff P.WR.

History, aetiology, and symptomatology of schizophrenia.

Psychiatry2008; 7(10):404–409.

[36]. Simonet M., Brazo P.

Modèle cognitivocomportemental de la schizophrénie.

EMC (Elsevier Masson SAS, Paris) Psychiatrie 2005; 2:62–80.

[37]. Dalery J., d'Amato T., et al.

La schizophrénie : recherches actuelles et perspectives.

Paris, Masson 2ème édition révisée, 1999, p. 254p.

[38]. Arnold S.E.

Neurodevelopmental abnormalities in schizophrenia: insights from neuropathology.

Dev. Psychopathol, 1999, p. 11:439–56.

[39]. Davies N., Russell A., Jones P., Murray R.M.

Which characteristics of schizophrenia predate psychosis?

J Psychiatr Res, 1998, p. 32:121–31.

[40]. Harrison P.J.

The neuropathology of schizophrenia. A critical review of the data and their interpretation.

Brain, 1999, p. 122:593–624.

[41]. Spencer K.M.

Neural synchrony indexes disordered perception and cognition in schizophrenia.

National Academy of Sciences, 2004, p. 101:17288–93.

[42]. Minzenberg M.J., Laid A.R., Carter C.S.

Meta-analysis of 41 functional neuroimaging studies of executive function in schizophrenia.

Arch Gen Psychiatry, 2009, p. 66(8):811–22.

[43]. Crocq M.A., Guelfi J.D.

DSM 5 – Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

Elsevier Masson, 5e édition, juin 2015.

[44]. Fekih-Romdhane F., Chennoufi L., Cheour M.

La schizophrénie dans le DSM-5.

Ann Med Psychol, vol. 174, No. 8, 2016, p. 672–676.

[45]. Guelfi J.D.

DSM VI. Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.
Editions Masson; 2eme édition, décembre 2003.

[46]. Pollet-Villard L.

Schizophrénie et Psychomotricité. Le cas d'une U.M.D.

Toulouse : Mémoire Diplôme d'Etat de Psychomotricienne, 2012, p. 75.

[47]. Kocak F. Fagnere C.

La schizophrénie, une psychose chronique.

Actualités pharmaceutiques, Vol 58 – N° 582 P. 48-53 – janvier 2019

[48]. Les antipsychotiques indiqués dans la schizophrénie.

Vidal, 2016.

[49].Thayran P., Adams CE.

Electroconvulsive therapy for schizophrenia.

Cochrane Database of Systematic Rev 2005, Issue 2. Art. No.: CD000076.

[50]. Jaeger J.

Studying the effectiveness of neurocognitive remediation in schizophrenia.

Schizophr Bull, 1999, p. 25(2):193-6.

[51]. Kurtz M.M., Moberg P.J., Gur R.C., Gur R.E.

Approaches to cognitive remediation of neuropsychological deficits in schizophrenia: a review and meta-analysis.

Neuropsychol Rev, 2001, p. 1(4):197-210.

[52]. Frommann N., Streit M., Wolwer W.

Remediation of facial affect recognition impairments in patients with schizophrenia: a new training program.

Psychiatry Res, 2003, p. 117(3):281.

[53]. Wykes T., Reeder C., Corner J.

The effects of neurocognitive remediation on executive processing in patients with schizophrenia.

Schizophr Bull, 1999, p. 25(2):291–307.

[54]. Atkinson J.M., Coia D.A., Gilmour W.H., Harper J.P.

The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life.

Br J Psychiatry, 1996, p. 168:199–204.

[55]. Kemp R., Hayward P., Applewhaite G.

Compliance therapy in psychotic patients: randomized controlled trial.

Br Med J, 1996, p. 312:345–349.

[56]. Palazzolo J.

Observance médicamenteuse et psychiatrie.

Ann Med Psychol, vol. 167, No. 4, 2009, p. 308–317.

[57]. Guillard–Bouhet N., Lafay N., Jourdain M., Senon J.–L.

Comparaison de la réadaptation psychosociale et de la qualité de vie des schizophrènes sous neuroleptique classique ou atypique.

L'Encéphale, vol. 31, No. 6, part 1, 2005, p. 653–665.

[58]. Sabah M. S. Z.

L'impact de la schizophrénie sur la famille au Maroc. (Thèse pour le Doctorat en médecine).

Université Mohammed V – Souissi, Faculté de médecine et de pharmacie –Rabat, N°302, 2016.

[59]. EL Ammouri A., Kisra H.

Étude de l'observance thérapeutique chez une population de patients atteints de schizophrénie au Maroc.

Ann Med Psychol, vol. 43, No. 6, 2017, p. 522–527.

[60]. Belaabid M.

La comorbidité schizophrénie et toxicomanie : Facteurs de risque et conséquences. (Thèse pour le Doctorat en médecine).

Université Cadi Ayyad, Faculté de médecine et de pharmacie –Marrakech, Thèse N°17, 2016.

[61]. Delignere A-L, Archambault G., Chalvin F., Perquier F., Lejoyeux M.

Schizophrénie et addictions : Etude exploratoire chez 106 patients suivis en consultation.

Ann Med Psychol, vol. 178, No. 3, 2020, p. 226–232.

[62]. Brennan P., Mednick S., Hodgins S.

Major Mental Disorders and Criminal Violence in a Danish Birth Cohort.
Arch Gen Psychiatry. 2000, 57: 494–500

[63]. Thornicroft G., Brohan E., Rose D, Sartorius N., Leese M.

Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey.

INDIGO Study Group p. 373: 408–15, 2009.

[64]. Ellouze F., Ayedi S., Masmoudi S., Bakri L., Chérif W., Zramdini R., Largueche M., Amri H., Ben Abla T., M'rad M.F.,

Schizophrénie et violence : incidence et facteurs de risque à propos d'une population tunisienne.

L'Encéphale, 2009 ; 35 : 347–352.

[65]. Passerieux C., Caroli F., Giraud-Baro E.

Les personnes atteintes de schizophrénie et la rechute.

L'Encéphale, 2009 ; 35 : 586–594.

[66]. Kampman O, Laippala P, Vaananene J, et al.

Indicators of medication compliance in first-episode psychosis.

Psychiatry Research p. 110:39-48, 2002.

[67]. Weiden P, Olfson M.

Cost of relapse in schizophrenia.

Schizophrenia Bulletin, vol. 21, no. 3, 1995, p. 419-429.

[68]. Benabdelhak T.H.

Regards croisés du malade et de sa famille en contexte socioculturel algérien.

Thèse de doctorat en Psychologie, Université Paris Nanterre, Paris, décembre 2019.

ANNEXE

2

Durée totale des incarcérations :.....

E. Antécédents des hospitalisations psychiatriques avant l'acheminement vers Bouya Omar :

~ Antécédents des hospitalisations psychiatriques : Oui Non

~ Nombre totale des hospitalisations :fois

~ Durée moyenne des hospitalisations :jours

~ Durée cumulative des hospitalisations :jours

~ Type de la dernière d'hospitalisation : Libre Sous contrainte

- Traitement reçu :

1-Neuroleptique : Oui Non
 Nombre : Monothérapie Bithérapie

- Neuroleptique classique
le(s)quel(s) :.....
- Antipsychotique atypique
le(s)quel(s) :.....
- NAP
Lequel :.....
- Associations des antipsychotiques : Oui Non
Si oui, lesquels :.....

2-Anxiolytique : oui Non
Lequel :.....

3-Antidépresseurs : oui Non
Lequel :.....

4-thymoregulateurs : oui Non
Lequel :.....

5-Usage d'autres traitements :
Oui le(s)quel(s) :.....
Non

6-Usage d'électro convulsivothérapie (ECT) : Oui Non

❖ Antécédents familiaux :

Antécédents psychiatriques : Oui le(s)quel(s) :.....
Chez qui :.....

Non

3

3. Résidence au Bouya Omar

- ❖ Motif d'emplacement :
- | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------|--------------------------|
| Hétéro - agressivité | <input type="checkbox"/> | Auto- agressivité | <input type="checkbox"/> |
| Trouble physique | <input type="checkbox"/> | Trouble addictif | <input type="checkbox"/> |
| Rejet familial | <input type="checkbox"/> | | |
| Indisponibilité de l'aidant familiale | | | <input type="checkbox"/> |
| Autre(s) : | | | |
- ❖ Mode d'accès : Volontaire Sous contrainte
- ❖ Durée du séjour :
- ❖ Demandeur de l'acheminement vers Bouya Omar : Famille
Autre
- ❖ Type de logement : Cellule Chambre Dortoir
- ❖ Conditions de logement : Bonne Assez bonne Mauvaise Terrible
- ❖ Il/Elle a eu une maltraitance ? : oui Non
- Violences physiques (coups, blessures, bousculades,...) Oui Non
 - Violences morales et psychologiques (injures, exclusion,...) Oui Non
 - Privation de droits (privation de liberté ou de soins...) Oui Non
 - Violences matérielles et financières (le vol, la fraude...) Oui Non
 - Autre(s) :
- ❖ Prise en charge thérapeutique : Oui Non
- ❖ Visites familiales : Oui Non
- ❖ Coût de la prise en charge Dhs/mois :,

4

4. Evacuation des patients vers les structures psychiatriques

- ❖ Service psychiatrique d'accueil :
- ❖ Données cliniques :
 - Diagnostic d'entrée selon DSM-5:
 - Critère de spécificité de la schizophrénie selon DSM-5:
 - Type selon DSM VI :
 - Age de début des troubles :ans
- ❖ Données thérapeutiques :
 - 1-Neuroleptique : Oui Non
 - Nombre : Monothérapie Bithérapie
 - Neuroleptique classique
 - Chlorpromazine cyamémazine lévomépromazine haloperidole
 - Thioridazine trifluopérazine fluphénazine
 - le(s)quel(s) :
 - Antipsychotique atypique
 - Clozapine Olanzapine rispéridone aripiprazol
 - Quétiapine Amisulpride
 - Lequel :
 - NAP
 - Lequel :
 - Associations des antipsychotiques : Oui Non
 - Si oui, lesquels :
- 2-Anxiolytique : oui Non Lequel :
- 3-Antidépresseurs : oui Non Lequel :
- 4-thymoregulateurs : oui Non Lequel :
- 5-Usage d'autres traitements : Oui Non le(s)quel(s) :
- 6-Usage d'électro convulsivothérapie (ECT) : Oui Non
- ❖ Toujours en hospitalisation : Oui Non
- ❖ Mode de sortie : SCAM Evasion Sortie ordinaire
- Transfert vers:
- ❖ Durée d'hospitalisation

5

5. Evolution des patients

- ~ Le devenir social du patient : Réinsertion dans la famille Perdu de vue
 Décès Sans domicile fixe (SDF)
 Emplacement dans un centre social lequel :.....
- ~ Il/Elle a eu une hospitalisation après sa sortie : oui Non
 nombre des hospitalisations :fois
- ~ Toujours suivi(e) : oui Non
 o Sous traitement : oui Non
 o Le(s)quel(s) :.....
- ~ Observance thérapeutiques : mauvaise observance bonne observance
- ~ La source de non observance :
 L'oublie La crainte des effets secondaires cout très cher des médicaments
 Autre(s) :.....
- ~ Amélioration clinique :
 Pas d'amélioration Légère amélioration Bonne amélioration
- ~ La solidarité familiale dans la prise en charge : Oui Non
- ~ Attitude de la famille à l'égard à l'évacuation de Bouya Omar
 Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant
- ~ Le degré de la satisfaction du patient par rapport à la prise en charge au mausolée
 Bouya Omar :
 Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant
- ~ Le degré de la satisfaction du patient par rapport à la prise en charge au
 Service psychiatrique :
 Très satisfaisant Satisfaisant Moyennement satisfaisant Insatisfaisant

ANNEXE 2**POSITIVE AND NEGATIVE SYNDROME SCALE PANSS****Echelle Positive :**

1: Absent, 2: Minimale, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

P1	Idées délirantes	1 2 3 4 5 6 7
P2	Désorganisation conceptuelle	1 2 3 4 5 6 7
P3	Activité hallucinatoire	1 2 3 4 5 6 7
P4	Excitation	1 2 3 4 5 6 7
P5	Idées de grandeur	1 2 3 4 5 6 7
P6	Méfiance/Persécution	1 2 3 4 5 6 7
P7	Hostilité	1 2 3 4 5 6 7

Echelle Négative :

1: Absent, 2: Minimale, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

N1	Emoussement de l'expression des émotions	1 2 3 4 5 6 7
N2	Retrait affectif	1 2 3 4 5 6 7
N3	Mauvais contact	1 2 3 4 5 6 7
N4	Repli social passif/apathie	1 2 3 4 5 6 7
N5	Difficultés d'abstraction	1 2 3 4 5 6 7
N6	Absence de spontanéité et de fluidité dans la conversation	1 2 3 4 5 6 7
N7	Pensée stéréotypée	1 2 3 4 5 6 7

Echelle psychopathologique générale :

1: Absent, 2: Minimale, 3: Léger, 4: Moyenne, 5: Moy-sévère, 6: Sévère, 7: Extrême

G1	Préoccupations somatiques	
G2	Anxiété	
G3	Sentiments de culpabilité	
G4	Tension	
G5	Maniérisme et trouble de la posture	
G6	Dépression	
G7	Ralentissement psychomoteur	
G8	Manque de coopération	
G9	Contenu inhabituel de la pensée	
G10	Désorientation	
G11	Manque d'attention	
G12	Manque de jugement et de prise de conscience de la maladie	
G13	Trouble de la volition	
G14	Mauvais contrôle pulsionnel	
G15	Préoccupation excessive de soi	
G16	Evitement social actif	

ANNEXE 3**❖ Echelle CGI****CGI-sévérité**

- 0. Non évaluée
- 1. Normal, pas du tout malade
- 2. A la limite
- 3. Légèrement malade
- 4. Modérément malade
- 5. Manifestement malade
- 6. Gravement malade
- 7. Parmi les patients les plus malades

CGI-amélioration

- 0. Non évaluée
- 1. Très fortement amélioré
- 2. Fortement amélioré
- 3. Légèrement amélioré
- 4. Pas de changement
- 5. Légèrement aggravé
- 6. Fortement aggravé
- 7. Très fortement aggravé

CGI-index thérapeutique

	Effet thérapeutique			
	Important	Modéré	Minime	Nul ou aggravé
Effets secondaires				
Aucun	1	5	9	13
Sans interférence significative avec le fonctionnement	2	6	10	14
Interférence significative avec le fonctionnement	3	7	11	15
Effets secondaires dépassant l'effet thérapeutique	4	8	12	16

ANNEXE 4

❖ **Echelle MARS**

	Toujours (score = 1)	Souvent (score = 2)	Parfois (score = 3)	Rarement (score = 4)	Jamais (score = 5)
J'oublie de prendre mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je modifie le dosage de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
J'interromps un moment la prise de mon médicament	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je décide de passer une prise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Je prends moins que ce qui est prescrit	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire MARS¹

ANNEXE 5

❖ **Echelle HCR-20**

Facteurs historiques		Facteurs cliniques		Facteurs de gestion du risque	
H1	Violence antérieure	C1	Difficulté d'introspection	R1	Plans irréalisables
H2	Premier acte de violence durant la jeunesse	C2	Attitudes négatives	R2	Exposition à des facteurs déstabilisants
H3	Instabilité des relations intimes	C3	Symptômes actifs de la maladie mentale	R3	Manque de soutien personnel
H4	Problèmes d'emploi	C4	Impulsivité	R4	Inobservance des mesures curatives
H5	Toxicomanie	C5	Résistance au traitement	R5	Stress
H6	Maladie mentale grave				
H7	Psychopathie				
H8	Inadaptation durant la jeunesse				
H9	Trouble de la personnalité				
H10	Échecs antérieurs de la surveillance				
Score	/20		/10		/10

ANNEXE 6

❖ Echelle EGF

81-90 : Symptômes absents ou minimes (p. ex. anxiété légère avant un examen), fonctionnement satisfaisant dans tous les domaines, intéressé et impliqué dans une grande variété d'activités, socialement efficace, en général satisfait de la vie, pas plus de problèmes ou de préoccupations que les soucis de la vie quotidienne (p. ex. conflit occasionnel avec des membres de la famille).

71-80 : Si des symptômes sont présents, ils sont transitoires et il s'agit de réactions prévisibles à des facteurs de stress (p. ex. des difficultés de concentration après une dispute familiale); pas plus qu'une altération légère du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. retard temporaire du travail scolaire).

61-70 : Quelques symptômes légers (p. ex. humeur dépressive et insomnie légère) OU une certaine difficulté dans le fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absentéisme scolaire occasionnel ou vol au sein de la famille), mais fonctionne assez bien de façon générale, entretient quelques relations interpersonnelles significatives.

51- 60 : Symptômes modérés (p. ex. épuisement affectif, discours circonstanciel, attaques de panique occasionnelles) OU altération modérée du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. peu d'amis, conflits avec les collègues de travail).

41- 50 : Symptômes sérieux (p. ex. idéation suicidaire, rituels obsessionnels sérieux, vols à l'étalage fréquents) OU altération importante du fonctionnement social, professionnel ou scolaire (p. ex. absence d'amis, incapacité à garder un emploi).

31-40 : Une certaine altération du sens de la réalité ou de la communication (p. ex. discours parfois illogique, obscur ou non pertinent) OU déficience majeure dans plusieurs domaines tels que le travail, l'école, les relations familiales, le jugement, la pensée ou l'humeur (p. ex. une personne déprimée évite ses amis, néglige sa famille et est incapable de travailler ; un enfant bat fréquemment des enfants plus jeunes que lui, se montre provoquant à la maison et échoue à l'école).

21-30 : Le comportement est notablement influencé par des idées délirantes ou des hallucinations OU trouble grave de la communication ou du jugement (p. ex. parfois incohérent, agit de façon grossièrement inappropriée, préoccupation suicidaire) OU incapable de fonctionner dans presque tous les domaines (p. ex. reste au lit toute la journée, est sans emploi, n'a pas d'amis).

11-20 : Présente un certain danger pour sa propre sécurité ou celle d'autrui (p. ex. tentative de suicide sans réel désir de mourir, violence fréquente, agitation maniaque) OU ne maintient pas toujours une bonne hygiène corporelle (p. ex. est souillé d'excréments) OU altération majeure de la communication (p. ex. incohérence marquée ou mutisme).

1-10 : Présente un danger persistant pour sa propre sécurité ou celle d'autrui (p. ex. accès répétés de violence) OU incapacité persistante à maintenir une bonne hygiène corporelle OU geste suicidaire avec désir réel de mourir.

0 : Information inadéquate.

ANNEXE 7

وزارة الصحة
 +.C.⊙.⊙+I+Λ%⊙ξ
 MINISTÈRE DE LA SANTÉ
 مصلحة إمداد البشرية وإنتاجات
 ⊙⊙ИX† +.C.⊙.⊙V +.⊙⊙⊙ξ†
 SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES
 ET DU CONTENTIEUX
 Ref 6350 SRHC/LGC3



المملكة المغربية
 +.XИΛξ†I ИC⊙⊙ ξ⊙
 ROYAUME DU MAROC
 المديرية الجهوية فاس مكناس
 +.C+⊙C⊙И +.⊙C⊙+I И⊙⊙ ⊙%ИC.
 DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE
 FES- MEKNES

15 Octo 2018

Date

NOTE DE STAGE



Suite à la demande l'intéressé(e) et à l'avis favorable hiérarchiques, **M. ANOUAR BENAMEUR ELYOUBI** étudiant à la faculté de médecine et de pharmacie de Fès, est autorisé à effectuer un stage de recherche (recueil de données) au sein de l'Hôpital Ibn Baja de Taza - l'Hôpital Sidi Said de Meknès et l'Hopital Moulay Ismail de Meknès -une durée de **trois mois** à compter du **22/10/2018**.

A cet effet, l'intéressé(e) est invité(e) à se présenter au moment opportun à M. les Délégués du Ministère de la Santé de la Préfecture de Meknès et à la province de Taza qui lui donneront toutes instructions utiles pour entamer son stage à condition qu'il se soumis à la réglementation en vigueur notamment la souscription à une police d'assurance déclinant toute responsabilité de ce département en cas d'accident ou maladie survenus durant la période de stage.

Un compte rendu de prise de service me sera adressé aux fins utiles.

Par Ordre du Délégué
 Le Chef des Services Economiques
 et Administratifs
 Signé : Ahmed KOUH
 Royaume du Maroc
 Chef des Services Administratifs
 Ministère de l'Economie et des Finances

AMPLIATIONS

- LE DELEGUE DU MINISTERE DE LA SANTE A LA PREFECTURE DE FES.
- LE DELEGUE DU MINISTERE DE LA SANTE A LA PREFECTURE DE MEKNES.
- LE DELEGUE DU MINISTERE DE LA SANTE A LA PROVINCE DE TAZA.
- L'INTERESSE (E).
- ARCHIVE.

DIRECTION REGIONALE DE LA SANTE FES- MEKNES 515 4 CHARTAMBAZ HOPITAL EL GHASSABO FES.
 TEL : 0535 62 35 82 - FAX : 0535 62 24 76

ANNEXE 8

Nom : Benameur Elyoubi

Fès le : 05/04/2019

Prénom : Anouar

A Monsieur le Délégué du Ministère de la Santé à la province de NADOR,

Objet : demande d'autorisation de recueil de données.

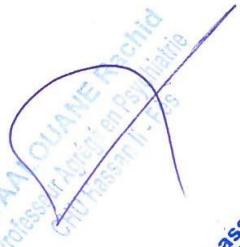
Monsieur le Délégué,

Dans le but de la réalisation de ma thèse dont le thème est de : « le devenir des patients référés du saint Bouya Omar aux services psychiatriques », pour l'obtention du Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès, je souhaite de votre bienveillance de bien vouloir accepter ma demande d'accès aux informations du service psychiatrique de l'Hôpital AL-AROUÏ qui me seront nécessaires pour la réalisation de mon projet encadré par le chef de service psychiatrique, hôpital Ibn Alhassan, Mr le professeur Alouane Rachid.


Je vous informe monsieur le Délégué que les données seront recueillies à travers d'une fiche d'exploitation.


Dans l'attente d'une réponse favorable, Veuillez agréer monsieur le Délégué l'expression de mes salutations les plus distinguées.

Signatures :


Dr. ALLOUANE Rachid
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Hôpital Ibn Alhassan Fès


La Déléguée
Dr. EL AMRI Nasrine


EL MTALESSI El Hassan
DIRECTEUR DE HÔPITAL
HÔPITAL MEDICAL AL-AROUÏ


ROYAUME DU MAROC
Délégation Provinciale
NADOR
MINISTÈRE DE LA SANTÉ

ANNEXE 9

Nom : Benameur Elyoubi

Fès le : 31/07/2019

Prénom : Anouar

A Monsieur le Délégué du Ministère de la Santé à la province de Figuig,

Objet : demande d'autorisation de recueil de données.

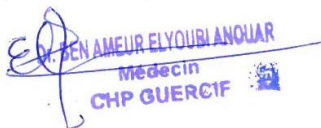
Monsieur le Délégué,

Dans le but de la réalisation de ma thèse dont le thème est : " le devenir des patients référé du saint Bouya Omar aux services psychiatriques ", pour l'obtention du Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès ,je souhaite de votre bienveillance vouloir accepter ma demande d'accès aux informations du service psychiatrique de l'hôpital provincial Hassan II à Bouarfa qui me seront nécessaires pour la réalisation de mon projet encadré par le chef du service psychiatrique, hôpital Ibn Alhassan, Mr le professeur Alouane Rachid.

Je vous informe monsieur le Délégué que les données seront recueillies à travers une fiche d'exploitation.

Dans l'attente d'une réponse favorable, Veuillez agréer monsieur le Délégué l'expression de ma considération distinguée.

Signature du thésard :


M. BENAMEUR ELYOUBI ANOUAR
Médecin
CHP GUERCIF

Signature d'encadrant :


Dr. AALOUANE Rachid
Professeur Agrégé en Psychiatrie
CHU Hassan II - Fès

Signature du directeur de l'hôpital :


Docteur Abdallah COUDIE
Délégué de la Santé
Province de Figuig

Signature du délégué du ministère
de la santé :


Docteur Abdallah COUDIE
Délégué de la Santé
Province de Figuig

ANNEXE 10

Nom : Benameur Elyoubi

Fès le : 31/07/2019

Prénom : Anouar

A Monsieur le Délégué du Ministère de la Santé à la préfecture Al Fida Merssultan, Casablanca,

Objet : demande d'autorisation de recueil de données.

Monsieur le Délégué,

Dans le but de la réalisation de ma thèse dont le thème est : " le devenir des patients référé du saint Bouya Omar aux services psychiatriques ", pour l'obtention du Doctorat en Médecine de la Faculté de Médecine et de Pharmacie de Fès ,je souhaite de votre bienveillance vouloir accepter ma demande d'accès aux informations du service psychiatrique de l'hôpital de Lieutenant Md BAOUAFI à Casablanca qui me seront nécessaires pour la réalisation de mon projet encadré par le chef du service psychiatrique, hôpital Ibn Alhassan, Mr le professeur Alouane Rachid.

Je vous informe monsieur le Délégué que les données seront recueillies à travers une fiche d'exploitation.

Dans l'attente d'une réponse favorable, Veuillez agréer monsieur le Délégué l'expression de ma considération distinguée.

Signature du thésard :

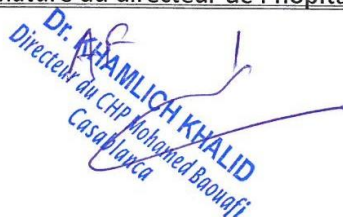
Signature d'encadrant :


Dr. BENAMEUR ELYOUBI ANOUAR
Médecin
CHP GUERCIF


Dr. A. ALOUANE Rachid
Professeur Agrégé en Psychiatrie
CHU Hassan II - Fès

Signature du directeur de l'hôpital :

Signature du délégué du ministère de la santé :


Dr. KHAMLICH KHALID
Directeur du CHP Mohamed Bouafif
Casablanca


Dr. BOULEGUIANE AMINA
MEDECIN DE SANTE
PUBLIQUE



ANNEXE 11

اسم المريض: التاريخ:

رقم البطاقة الوطنية:

تفويض إجراء إستجواب

أنا الموقع أذناه، أفوض الطبيب.....

بإجراء استجواب حول تأثير عملية كرامة حول نقل نزلاء ضريح بويا عمر إلى المستشفيات والمصالح الطبية المختصة بالأمراض النفسية.

وأقر بما يلي:

- قام الطبيب بالشرح لي عن طبيعة الاستجواب المذكور أعلاه و الغاية المرجوة منه.
- لقد تمت الإجابة على كافة استفساراتي إن وجدة بصورة مرضية.
- في حالة حدوث أي تعقيدات فسوف أقوم بإيقاف الإستجواب.
- توقيعى على التفويض هو إقرار بالسماح بالقيام بإجراء الإستجواب، وأنني موافق و مقتنع تماما بإجرائه.

إسم المريض/أو من ينوب عنه:

توقيع المريض/أو من ينوب عنه:

أنا الطبيب:.....أشهد بأنني شرحت للمريض أو من ينوب عنه بصورة كاملة عن إجراءات الإستجواب، كما شرحة الغاية المرجوة منه، كما قمت بالإجابة عن جميع الاستفسارات إن وجدت، واستعدادي الكامل للإجابة عن أي أسئلة أخرى مرتبطة بالإستجواب.

توقيع الطبيب:.....

مستقبل مرضى بويا عمر بعد مبادرة كرامة (بصدد 52 حالة)

الأطروحة

قدمت و نوقشت علانية يوم 2020/09/21

من طرف

السيد أنوار بن عامر اليوبي

المزداد في 1993/05/25 بتازة

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية

بويا عمر - مبادرة كرامة - علم الأمراض النفسية - التطور

اللجنة

الرئيس	السيد محمد فوزي بلحسن
	أستاذ في علم الأمراض العصبية
المشرف	السيد رشيد اعوان
	أستاذ في علم الأمراض النفسية
الأعضاء	السيد محمد براحو
	أستاذ في علم الأوبئة السريري
	السيدة شادية أعراب
	أستاذة مبرزة في علم الأمراض النفسية
عضو مشارك	السيد أمين بوت
	أستاذ مساعد في علم الأمراض النفسية