

UNIVERSITE MOHAMMED V - RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT-

ANNEE: 2016

THESE N°: 302

L'IMPACT DE LA SCHIZOPHRENIE  
SUR LA FAMILLE AU MAROC  
(ETUDE PROSPECTIVE A PROPOS DE 150 CAS)

THESE

*Présentée et soutenue publiquement le : .....*

PAR

Mme. Meryem Sara Zineb SABAH  
*Née le 02 Février 1990 à Castres (France)*

Pour l'Obtention du Doctorat en Médecine

MOTS CLES : Schizophrénie – Charge – Famille.

JURY

Mr. M. Z. BICHRA  
Professeur de Psychiatrie  
Mr. M. KADIRI  
Professeur de Psychiatrie  
Mr. A. OUANASS  
Professeur de Psychiatrie  
Mr. H. KISRA  
Professeur de Psychiatrie  
Mr. J. MEHSSANI  
Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

RAPPORTEUR

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

وَلَسَوْا بِعَصِيْبٍ لَّيْسَ فِتْرَتِي



**UNIVERSITE MOHAMMED V DE RABAT  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE - RABAT**

**DOYENS HONORAIRES :**

1962 – 1969 : Professeur Abdelmalek FARAJ  
1969 – 1974 : Professeur Abdellatif BERBICH  
1974 – 1981 : Professeur Bachir LAZRAK  
1981 – 1989 : Professeur Taieb CHKILI  
1989 – 1997 : Professeur Mohamed Tahar ALAOUI  
1997 – 2003 : Professeur Abdelmajid BELMAHI  
2003 – 2013 : Professeur Najia HAJJAJ - HASSOUNI

**ADMINISTRATION :**

**Doyen** : Professeur Mohamed ADNAOUI  
**Vice Doyen chargé des Affaires Académiques et étudiantes**  
Professeur Mohammed AHALLAT  
**Vice Doyen chargé de la Recherche et de la Coopération**  
Professeur Taoufiq DAKKA  
**Vice Doyen chargé des Affaires Spécifiques à la Pharmacie**  
Professeur Jamal TAOUFIK  
**Secrétaire Général** : Mr. El Hassane AHALLAT

**1- ENSEIGNANTS-CHERCHEURS MEDECINS  
ET  
PHARMACIENS**

**PROFESSEURS :**

**Mai et Octobre 1981**

Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajih	Chirurgie Cardio-Vasculaire
Pr. TAOBANE Hamid*	Chirurgie Thoracique

**Mai et Novembre 1982**

Pr. BENOSMAN Abdellatif	Chirurgie Thoracique
-------------------------	----------------------

**Novembre 1983**

Pr. HAJJAJ Najia ép. HASSOUNI	Rhumatologie
-------------------------------	--------------

**Décembre 1984**

Pr. MAAOUNI Abdelaziz	Médecine Interne – <i>Clinique Royale</i>
Pr. MAAZOUZI Ahmed Wajdi	Anesthésie -Réanimation
Pr. SETTAF Abdellatif	pathologie Chirurgicale

**Novembre et Décembre 1985**

Pr. BENJELLOUN Halima	Cardiologie
Pr. BENSALID Younes	Pathologie Chirurgicale
Pr. EL ALAOUI Faris Moulay El Mostafa	Neurologie

**Janvier, Février et Décembre 1987**

Pr. AJANA Ali  
Pr. CHAHED OUZZANI Houria  
Pr. EL YAACOUBI Moradh  
Pr. ESSAID EL FEYDI Abdellah  
Pr. LACHKAR Hassan  
Pr. YAHYA OUI Mohamed

Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gastro-Entérologie  
Médecine Interne  
Neurologie

**Décembre 1988**

Pr. BENHAMAMOUCHE Mohamed Najib  
Pr. DAFIRI Rachida  
Pr. HERMAS Mohamed

Chirurgie Pédiatrique  
Radiologie  
Traumatologie Orthopédie

**Décembre 1989**

Pr. ADNAOUI Mohamed  
Pr. BOUKILI MAKHOUKHI Abdelali\*  
Pr. CHAD Bouziane  
Pr. OUZZANI Taïbi Mohamed Réda

Médecine Interne – **Doyen de la FMPR**  
Cardiologie  
Pathologie Chirurgicale  
Neurologie

**Janvier et Novembre 1990**

Pr. CHKOFF Rachid  
Pr. HACHIM Mohammed\*  
Pr. KHARBACH Aïcha  
Pr. MANSOURI Fatima  
Pr. TAZI Saoud Anas

Pathologie Chirurgicale  
Médecine-Interne  
Gynécologie -Obstétrique  
Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation

**Février Avril Juillet et Décembre 1991**

Pr. AL HAMANY Zaïtounia  
Pr. AZZOUZI Abderrahim  
Pr. BAYAHIA Rabéa  
Pr. BELKOUCHI Abdelkader  
Pr. BENCHEKROUN Belabbes Abdellatif  
Pr. BENSOUDA Yahia  
Pr. BERRAHO Amina  
Pr. BEZZAD Rachid  
Pr. CHABRAOUI Layachi  
Pr. CHERRAH Yahia  
Pr. CHOKAIRI Omar  
Pr. KHATTAB Mohamed  
Pr. SOULAYMANI Rachida  
Pr. TAOUFIK Jamal

Anatomie-Pathologique  
Anesthésie Réanimation – **Doyen de la FMPO**  
Néphrologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pharmacie galénique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Biochimie et Chimie  
Pharmacologie  
Histologie Embryologie  
Pédiatrie  
Pharmacologie – **Dir. du Centre National PV**  
Chimie thérapeutique

**Décembre 1992**

Pr. AHALLAT Mohamed  
Pr. BENSOUDA Adil  
Pr. BOUJIDA Mohamed Najib  
Pr. CHAHED OUZZANI Laaziza  
Pr. CHRAIBI Chafiq  
Pr. DAOUDI Rajae  
Pr. DEHAYNI Mohamed\*  
Pr. EL OUAHABI Abdessamad  
Pr. FELLAT Rokaya  
Pr. GHAFIR Driss\*

Chirurgie Générale  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Gastro-Entérologie  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Gynécologie Obstétrique  
Neurochirurgie  
Cardiologie  
Médecine Interne

Pr. JIDDANE Mohamed  
Pr. TAGHY Ahmed  
Pr. ZOUHDI Mimoun

**Mars 1994**

Pr. BENJAAFAR Nouredine  
Pr. BEN RAIS Nozha  
Pr. CAOUI Malika  
Pr. CHRAIBI Abdelmjid  
Pr. EL AMRANI Sabah  
Pr. EL AOUAD Rajae  
Pr. EL BARDOUNI Ahmed  
Pr. EL HASSANI My Rachid  
Pr. ERROUGANI Abdelkader  
Pr. ESSAKALI Malika  
Pr. ETTAYEBI Fouad  
Pr. HADRI Larbi\*  
Pr. HASSAM Badredine  
Pr. IFRINE Lahssan  
Pr. JELTHI Ahmed  
Pr. MAHFOUD Mustapha  
Pr. MOUDENE Ahmed\*  
Pr. RHRAB Brahim  
Pr. SENOUCI Karima

**Mars 1994**

Pr. ABBAR Mohamed\*  
Pr. ABDELHAK M'barek  
Pr. BELAIDI Halima  
Pr. BRAHMI Rida Slimane  
Pr. BENTAHILA Abdelali  
Pr. BENYAHIA Mohammed Ali  
Pr. BERRADA Mohamed Saleh  
Pr. CHAMI Ilham  
Pr. CHERKAOUI Lalla Ouafae  
Pr. EL ABBADI Najia  
Pr. HANINE Ahmed\*  
Pr. JALIL Abdelouahed  
Pr. LAKHDAR Amina  
Pr. MOUANE Nezha

**Mars 1995**

Pr. ABOUQUAL Redouane  
Pr. AMRAOUI Mohamed  
Pr. BAIDADA Abdelaziz  
Pr. BARGACH Samir  
Pr. CHAARI Jilali\*  
Pr. DIMOU M'barek\*  
Pr. DRISSI KAMILI Med Nordine\*  
Pr. EL MESNAOUI Abbes  
Pr. ESSAKALI HOUSSYNI Leila  
Pr. HDA Abdelhamid\*  
Pr. IBEN ATTYA ANDALOUSSI Ahmed  
Pr. OUAZZANI CHAHDI Bahia

Anatomie  
Chirurgie Générale  
Microbiologie

Radiothérapie  
Biophysique  
Biophysique  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Gynécologie Obstétrique  
Immunologie  
Traumato-Orthopédie  
Radiologie  
Chirurgie Générale- **Directeur CHIS**  
Immunologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Médecine Interne  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Anatomie Pathologique  
Traumatologie – Orthopédie  
Traumatologie- Orthopédie **Inspecteur du SS**  
Gynécologie –Obstétrique  
Dermatologie

Urologie  
Chirurgie – Pédiatrique  
Neurologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Gynécologie – Obstétrique  
Traumatologie – Orthopédie  
Radiologie  
Ophtalmologie  
Neurochirurgie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie

Réanimation Médicale  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Gynécologie Obstétrique  
Médecine Interne  
Anesthésie Réanimation – **Dir. HMIM**  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Cardiologie - **Directeur ERSM**  
Urologie  
Ophtalmologie

Pr. SEFIANI Abdelaziz  
Pr. ZEGGWAGH Amine Ali

Génétique  
Réanimation Médicale

### **Décembre 1996**

Pr. AMIL Touriya\*  
Pr. BELKACEM Rachid  
Pr. BOULANOUAR Abdelkrim  
Pr. EL ALAMI EL FARICHA EL Hassan  
Pr. GAOUZI Ahmed  
Pr. MAHFOUDI M'barek\*  
Pr. MOHAMMADI Mohamed  
Pr. OUADGHIRI Mohamed  
Pr. OUZEDDOUN Naima  
Pr. ZBIR EL Mehdi\*

Radiologie  
Chirurgie Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Radiologie  
Médecine Interne  
Traumatologie-Orthopédie  
Néphrologie  
Cardiologie

### **Novembre 1997**

Pr. ALAMI Mohamed Hassan  
Pr. BEN SLIMANE Lounis  
Pr. BIROUK Nazha  
Pr. CHAOUIR Souad\*  
Pr. ERREIMI Naima  
Pr. FELLAT Nadia  
Pr. HAIMEUR Charki\*  
Pr. KADDOURI Nouredine  
Pr. KOUTANI Abdellatif  
Pr. LAHLOU Mohamed Khalid  
Pr. MAHRAOUI CHAFIQ  
Pr. OUAHABI Hamid\*  
Pr. TAOUFIQ Jallal  
Pr. YOUSFI MALKI Mounia

Gynécologie-Obstétrique  
Urologie  
Neurologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Pédiatrique  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neurologie  
Psychiatrie  
Gynécologie Obstétrique

### **Novembre 1998**

Pr. AFIFI RAJAA  
Pr. BENOMAR ALI  
Pr. BOUGTAB Abdesslam  
Pr. ER RIHANI Hassan  
Pr. EZZAITOUNI Fatima  
Pr. LAZRAK Khalid \*  
Pr. BENKIRANE Majid\*  
Pr. KHATOURI ALI\*  
Pr. LABRAIMI Ahmed\*

Gastro-Entérologie  
Neurologie – **Doyen Abulcassis**  
Chirurgie Générale  
Oncologie Médicale  
Néphrologie  
Traumatologie Orthopédie  
Hématologie  
Cardiologie  
Anatomie Pathologique

### **Janvier 2000**

Pr. ABID Ahmed\*  
Pr. AIT OUMAR Hassan  
Pr. BENJELLOUN Dakhama Badr.Sououd  
Pr. BOURKADI Jamal-Eddine  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Al Montacer  
Pr. ECHARRAB El Mahjoub  
Pr. EL FTOUH Mustapha  
Pr. EL MOSTARCHID Brahim\*  
Pr. ISMAILI Hassane\*  
Pr. MAHMOUDI Abdelkrim\*

Pneumophtisiologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Pneumo-phtisiologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Générale  
Pneumo-phtisiologie  
Neurochirurgie  
Traumatologie Orthopédie  
Anesthésie-Réanimation

Pr. TACHINANTE Rajae  
Pr. TAZI MEZALEK Zoubida

Anesthésie-Réanimation  
Médecine Interne

### **Novembre 2000**

Pr. AIDI Saadia  
Pr. AIT OURHROUI Mohamed  
Pr. AJANA Fatima Zohra  
Pr. BENAMR Said  
Pr. CHERTI Mohammed  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Selma  
Pr. EL HASSANI Amine  
Pr. EL KHADER Khalid  
Pr. EL MAGHRAOUI Abdellah\*  
Pr. GHARBI Mohamed El Hassan  
Pr. HSSAIDA Rachid\*  
Pr. LAHLOU Abdou  
Pr. MAFTAH Mohamed\*  
Pr. MAHASSINI Najat  
Pr. MDAGHRI ALAOUI Asmae  
Pr. NASSIH Mohamed\*  
Pr. ROUIMI Abdelhadi\*

Neurologie  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Chirurgie Générale  
Cardiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Pédiatrie  
Urologie  
Rhumatologie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Anesthésie-Réanimation  
Traumatologie Orthopédie  
Neurochirurgie  
Anatomie Pathologique  
Pédiatrie  
Stomatologie Et Chirurgie Maxillo-Faciale  
Neurologie

### **Décembre 2000**

Pr. ZOHAIR ABDELAH\*

ORL

### **Décembre 2001**

Pr. ABABOU Adil  
Pr. BALKHI Hicham\*  
Pr. BENABDELJLIL Maria  
Pr. BENAMAR Loubna  
Pr. BENAMOR Jouda  
Pr. BENELBARHDADI Imane  
Pr. BENNANI Rajae  
Pr. BENOUACHANE Thami  
Pr. BEZZA Ahmed\*  
Pr. BOUCHIKHI IDRISSE Med Larbi  
Pr. BOUMDIN El Hassane\*  
Pr. CHAT Latifa  
Pr. DAALI Mustapha\*  
Pr. DRISSI Sidi Mourad\*  
Pr. EL HIJRI Ahmed  
Pr. EL MAAQILI Moulay Rachid  
Pr. EL MADHI Tarik  
Pr. EL OUNANI Mohamed  
Pr. ETTAIR Said  
Pr. GAZZAZ Miloudi\*  
Pr. HRORA Abdelmalek  
Pr. KABBAJ Saad  
Pr. KABIRI EL Hassane\*  
Pr. LAMRANI Moulay Omar  
Pr. LEKEHAL Brahim  
Pr. MAHASSIN Fattouma\*  
Pr. MEDARHRI Jalil

Anesthésie-Réanimation  
Anesthésie-Réanimation  
Neurologie  
Néphrologie  
Pneumo-phtisiologie  
Gastro-Entérologie  
Cardiologie  
Pédiatrie  
Rhumatologie  
Anatomie  
Radiologie  
Radiologie  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Anesthésie-Réanimation  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie-Pédiatrique  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Neuro-Chirurgie  
Chirurgie Générale  
Anesthésie-Réanimation  
Chirurgie Thoracique  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Médecine Interne  
Chirurgie Générale

Pr. MIKDAME Mohammed\*  
Pr. MOHSINE Raouf  
Pr. NOUINI Yassine  
Pr. SABBAH Farid  
Pr. SEFIANI Yasser  
Pr. TAOUFIQ BENCHEKROUN Soumia

Hématologie Clinique  
Chirurgie Générale  
Urologie  
Chirurgie Générale  
Chirurgie Vasculaire Périphérique  
Pédiatrie

### **Décembre 2002**

Pr. AL BOUZIDI Abderrahmane\*  
Pr. AMEUR Ahmed \*  
Pr. AMRI Rachida  
Pr. AOURARH Aziz\*  
Pr. BAMOU Youssef \*  
Pr. BELMEJDOUB Ghizlene\*  
Pr. BENZEKRI Laila  
Pr. BENZZOUBEIR Nadia  
Pr. BERNOUSSI Zakiya  
Pr. BICHRA Mohamed Zakariya\*  
Pr. CHOHO Abdelkrim \*  
Pr. CHKIRATE Bouchra  
Pr. EL ALAMI EL FELLOUS Sidi Zouhair  
Pr. EL HAOURI Mohamed \*  
Pr. EL MANSARI Omar\*  
Pr. FILALI ADIB Abdelhai  
Pr. HAJJI Zakia  
Pr. IKEN Ali  
Pr. JAAFAR Abdeloihab\*  
Pr. KRIOUILE Yamina  
Pr. LAGHMARI Mina  
Pr. MABROUK Hfid\*  
Pr. MOUSSAOUI RAHALI Driss\*  
Pr. MOUSTAGHFIR Abdelhamid\*  
Pr. NAITLHO Abdelhamid\*  
Pr. OUIJILAL Abdelilah  
Pr. RACHID Khalid \*  
Pr. RAISS Mohamed  
Pr. RGUIBI IDRISSE Sidi Mustapha\*  
Pr. RHOU Hakima  
Pr. SIAH Samir \*  
Pr. THIMOU Amal  
Pr. ZENTAR Aziz\*

Anatomie Pathologique  
Urologie  
Cardiologie  
Gastro-Entérologie  
Biochimie-Chimie  
Endocrinologie et Maladies Métaboliques  
Dermatologie  
Gastro-Entérologie  
Anatomie Pathologique  
Psychiatrie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Chirurgie Pédiatrique  
Dermatologie  
Chirurgie Générale  
Gynécologie Obstétrique  
Ophtalmologie  
Urologie  
Traumatologie Orthopédie  
Pédiatrie  
Ophtalmologie  
Traumatologie Orthopédie  
Gynécologie Obstétrique  
Cardiologie  
Médecine Interne  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Traumatologie Orthopédie  
Chirurgie Générale  
Pneumophtisiologie  
Néphrologie  
Anesthésie Réanimation  
Pédiatrie  
Chirurgie Générale

### **Janvier 2004**

Pr. ABDELLAH El Hassan  
Pr. AMRANI Mariam  
Pr. BENBOUZID Mohammed Anas  
Pr. BENKIRANE Ahmed\*  
Pr. BOUGHALEM Mohamed\*  
Pr. BOULAADAS Malik  
Pr. BOURAZZA Ahmed\*  
Pr. CHAGAR Belkacem\*

Ophtalmologie  
Anatomie Pathologique  
Oto-Rhino-Laryngologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo-faciale  
Neurologie  
Traumatologie Orthopédie

Pr. CHERRADI Nadia  
Pr. EL FENNI Jamal\*  
Pr. EL HANCHI ZAKI  
Pr. EL KHORASSANI Mohamed  
Pr. EL YOUNASSI Badreddine\*  
Pr. HACHI Hafid  
Pr. JABOUIRIK Fatima  
Pr. KHABOUZE Samira  
Pr. KHARMAZ Mohamed  
Pr. LEZREK Mohammed\*  
Pr. MOUGHIL Said  
Pr. OUBAAZ Abdelbarre\*  
Pr. TARIB Abdelilah\*  
Pr. TIJAMI Fouad  
Pr. ZARZUR Jamila

Anatomie Pathologique  
Radiologie  
Gynécologie Obstétrique  
Pédiatrie  
Cardiologie  
Chirurgie Générale  
Pédiatrie  
Gynécologie Obstétrique  
Traumatologie Orthopédie  
Urologie  
Chirurgie Cardio-Vasculaire  
Ophtalmologie  
Pharmacie Clinique  
Chirurgie Générale  
Cardiologie

### **Janvier 2005**

Pr. ABBASSI Abdellah  
Pr. AL KANDRY Sif Eddine\*  
Pr. ALAOUI Ahmed Essaid  
Pr. ALLALI Fadoua  
Pr. AMAZOUZI Abdellah  
Pr. AZIZ Nouredine\*  
Pr. BAHIRI Rachid  
Pr. BARKAT Amina  
Pr. BENHALIMA Hanane  
Pr. BENYASS Aatif  
Pr. BERNOUSSI Abdelghani  
Pr. CHARIF CHEFCHAOUNI Mohamed  
Pr. DOUDOUH Abderrahim\*  
Pr. EL HAMZAOUI Sakina\*  
Pr. HAJJI Leila  
Pr. HESSISSEN Leila  
Pr. JIDAL Mohamed\*  
Pr. LAAROUSSI Mohamed  
Pr. LYAGOUBI Mohammed  
Pr. NIAMANE Radouane\*  
Pr. RAGALA Abdelhak  
Pr. SBIHI Souad  
Pr. ZERAIDI Najia

Chirurgie Réparatrice et Plastique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Rhumatologie  
Ophtalmologie  
Radiologie  
Rhumatologie  
Pédiatrie  
Stomatologie et Chirurgie Maxillo Faciale  
Cardiologie  
Ophtalmologie  
Ophtalmologie  
Biophysique  
Microbiologie  
Cardiologie *(mise en disponibilité)*  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Parasitologie  
Rhumatologie  
Gynécologie Obstétrique  
Histo-Embryologie Cytogénétique  
Gynécologie Obstétrique

### **Décembre 2005**

Pr. CHANI Mohamed

Anesthésie Réanimation

### **Avril 2006**

Pr. ACHEMLAL Lahsen\*  
Pr. AKJOUJ Said\*  
Pr. BELMEKKI Abdelkader\*  
Pr. BENCHEIKH Razika  
Pr. BIYI Abdelhamid\*

Rhumatologie  
Radiologie  
Hématologie  
O.R.L  
Biophysique

Pr. BOUHAFS Mohamed El Amine  
 Pr. BOULAHYA Abdellatif\*  
 Pr. CHENGUETI ANSARI Anas  
 Pr. DOGHMI Nawal  
 Pr. ESSAMRI Wafaa  
 Pr. FELLAT Ibtissam  
 Pr. FAROUDY Mamoun  
 Pr. GHADOUANE Mohammed\*  
 Pr. HARMOUCHE Hicham  
 Pr. HANAFI Sidi Mohamed\*  
 Pr. IDRIS LAHLOU Amine\*  
 Pr. JROUNDI Laila  
 Pr. KARMOUNI Tariq  
 Pr. KILI Amina  
 Pr. KISRA Hassan  
 Pr. KISRA Mounir  
 Pr. LAATIRIS Abdelkader\*  
 Pr. LMIMOUNI Badreddine\*  
 Pr. MANSOURI Hamid\*  
 Pr. OUANASS Abderrazzak  
 Pr. SAFI Soumaya\*  
 Pr. SEKKAT Fatima Zahra  
 Pr. SOUALHI Mouna  
 Pr. TELLAL Saïda\*  
 Pr. ZAHRAOUI Rachida

**Octobre 2007**

Pr. ABIDI Khalid  
 Pr. ACHACHI Leïla  
 Pr. ACHOUR Abdessamad\*  
 Pr. AIT HOUSSA Mahdi\*  
 Pr. AMHAJJI Larbi\*  
 Pr. AMMAR Haddou\*  
 Pr. AOUI Sarra  
 Pr. BAITE Abdelouahed\*  
 Pr. BALOUCH Lhousaine\*  
 Pr. BENZIANE Hamid\*  
 Pr. BOUTIMZINE Nourdine  
 Pr. CHARKAOUI Naoual\*  
 Pr. EHIRCHIOU Abdelkader\*  
 Pr. ELABSI Mohamed  
 Pr. EL MOUSSAOUI Rachid  
 Pr. EL OMARI Fatima  
 Pr. GANA Rachid  
 Pr. GHARIB Noureddine  
 Pr. HADADI Khalid\*  
 Pr. ICHOU Mohamed\*  
 Pr. ISMAILI Nadia

Chirurgie - Pédiatrique  
 Chirurgie Cardio – Vasculaire  
 Gynécologie Obstétrique  
 Cardiologie  
 Gastro-entérologie  
 Cardiologie  
 Anesthésie Réanimation  
 Urologie  
 Médecine Interne  
 Anesthésie Réanimation  
 Microbiologie  
 Radiologie  
 Urologie  
 Pédiatrie  
 Psychiatrie  
 Chirurgie – Pédiatrique  
 Pharmacie Galénique  
 Parasitologie  
 Radiothérapie  
 Psychiatrie  
 Endocrinologie  
 Psychiatrie  
 Pneumo – Phtisiologie  
 Biochimie  
 Pneumo – Phtisiologie

Réanimation médicale  
 Pneumo phtisiologie  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie cardio vasculaire  
 Traumatologie orthopédie  
 ORL  
 Parasitologie  
 Anesthésie réanimation  
 Biochimie-chimie  
 Pharmacie clinique  
 Ophtalmologie  
 Pharmacie galénique  
 Chirurgie générale  
 Chirurgie générale  
 Anesthésie réanimation  
 Psychiatrie  
 Neuro chirurgie  
 Chirurgie plastique et réparatrice  
 Radiothérapie  
 Oncologie médicale  
 Dermatologie

Pr. KEBDANI Tayeb  
 Pr. LALAOUI SALIM Jaafar\*  
 Pr. LOUZI Lhoussain\*  
 Pr. MADANI Naoufel  
 Pr. MAHI Mohamed\*  
 Pr. MARC Karima  
 Pr. MASRAR Azlarab  
 Pr. MOUTAJ Redouane \*  
 Pr. MRABET Mustapha\*  
 Pr. MRANI Saad\*  
 Pr. OUZZIF Ez zohra\*  
 Pr. RABHI Monsef\*  
 Pr. RADOUANE Bouchaib\*  
 Pr. SEFFAR Myriame  
 Pr. SEKHSOKH Yessine\*  
 Pr. SIFAT Hassan\*  
 Pr. TABERKANET Mustafa\*  
 Pr. TACHFOUTI Samira  
 Pr. TAJDINE Mohammed Tariq\*  
 Pr. TANANE Mansour\*  
 Pr. TLIGUI Houssain  
 Pr. TOUATI Zakia

**Décembre 2007**

Pr. DOUHAL ABDERRAHMAN

**Décembre 2008**

Pr ZOUBIR Mohamed\*  
 Pr TAHIRI My El Hassan\*

**Mars 2009**

Pr. ABOUZAHIR Ali\*  
 Pr. AGDR Aomar\*  
 Pr. AIT ALI Abdelmounaim\*  
 Pr. AIT BENHADDOU El hachmia  
 Pr. AKHADDAR Ali\*  
 Pr. ALLALI Nazik  
 Pr. AMAHZOUNE Brahim\*  
 Pr. AMINE Bouchra  
 Pr. ARKHA Yassir  
 Pr. AZENDOUR Hicham\*  
 Pr. BELYAMANI Lahcen\*  
 Pr. BJIJOU Younes  
 Pr. BOUHSAIN Sanae\*  
 Pr. BOUI Mohammed\*  
 Pr. BOUNAIM Ahmed\*  
 Pr. BOUSSOUGA Mostapha\*  
 Pr. CHAKOUR Mohammed \*  
 Pr. CHTATA Hassan Toufik\*

Radiothérapie  
 Anesthésie réanimation  
 Microbiologie  
 Réanimation médicale  
 Radiologie  
 Pneumo phtisiologie  
 Hématologique  
 Parasitologie  
 Médecine préventive santé publique et hygiène  
 Virologie  
 Biochimie-chimie  
 Médecine interne  
 Radiologie  
 Microbiologie  
 Microbiologie  
 Radiothérapie  
 Chirurgie vasculaire périphérique  
 Ophtalmologie  
 Chirurgie générale  
 Traumatologie orthopédie  
 Parasitologie  
 Cardiologie

Ophtalmologie

Anesthésie Réanimation  
 Chirurgie Générale

Médecine interne  
 Pédiatre  
 Chirurgie Générale  
 Neurologie  
 Neuro-chirurgie  
 Radiologie  
 Chirurgie Cardio-vasculaire  
 Rhumatologie  
 Neuro-chirurgie  
 Anesthésie Réanimation  
 Anesthésie Réanimation  
 Anatomie  
 Biochimie-chimie  
 Dermatologie  
 Chirurgie Générale  
 Traumatologie orthopédique  
 Hématologie biologique  
 Chirurgie vasculaire périphérique

Pr. DOGHMI Kamal\*  
Pr. EL MALKI Hadj Omar  
Pr. EL OUENNASS Mostapha\*  
Pr. ENNIBI Khalid\*  
Pr. FATHI Khalid  
Pr. HASSIKOU Hasna \*  
Pr. KABBAJ Nawal  
Pr. KABIRI Meryem  
Pr. KARBOUBI Lamya  
Pr. L'KASSIMI Hachemi\*  
Pr. LAMSAOURI Jamal\*  
Pr. MARMADE Lahcen  
Pr. MESKINI Toufik  
Pr. MESSAOUDI Nezha \*  
Pr. MSSROURI Rahal  
Pr. NASSAR Ittimade  
Pr. OUKERRAJ Latifa  
Pr. RHORFI Ismail Abderrahmani \*  
Pr. ZOUHAIR Said\*

Hématologie clinique  
Chirurgie Générale  
Microbiologie  
Médecine interne  
Gynécologie obstétrique  
Rhumatologie  
Gastro-entérologie  
Pédiatrie  
Pédiatrie  
Microbiologie  
Chimie Thérapeutique  
Chirurgie Cardio-vasculaire  
Pédiatrie  
Hématologie biologique  
Chirurgie Générale  
Radiologie  
Cardiologie  
Pneumo-phtisiologie  
Microbiologie

**PROFESSEURS AGREGES :**

**Octobre 2010**

Pr. ALILOU Mustapha  
Pr. AMEZIANE Taoufiq\*  
Pr. BELAGUID Abdelaziz  
Pr. BOUAITY Brahim\*  
Pr. CHADLI Mariama\*  
Pr. CHEMSI Mohamed\*  
Pr. DAMI Abdellah\*  
Pr. DARBI Abdellatif\*  
Pr. DENDANE Mohammed Anouar  
Pr. EL HAFIDI Naima  
Pr. EL KHARRAS Abdennasser\*  
Pr. EL MAZOUZ Samir  
Pr. EL SAYEGH Hachem  
Pr. ERRABIH Ikram  
Pr. LAMALMI Najat  
Pr. LEZREK Mounir  
Pr. MALIH Mohamed\*  
Pr. MOSADIK Ahlam  
Pr. MOUJAHID Mountassir\*  
Pr. NAZIH Mouna\*  
Pr. ZOUAIDIA Fouad

Anesthésie réanimation  
Médecine interne  
Physiologie  
ORL  
Microbiologie  
Médecine aéronautique  
Biochimie chimie  
Radiologie  
Chirurgie pédiatrique  
Pédiatrie  
Radiologie  
Chirurgie plastique et réparatrice  
Urologie  
Gastro entérologie  
Anatomie pathologique  
Ophtalmologie  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Chirurgie générale  
Hématologie  
Anatomie pathologique

**Mai 2012**

Pr. AMRANI Abdelouahed  
Pr. ABOUELALAA Khalil\*  
Pr. BELAIZI Mohamed\*  
Pr. BENCHEBBA Driss\*

Chirurgie Pédiatrique  
Anesthésie Réanimation  
Psychiatrie  
Traumatologie Orthopédique

Pr. DRISSI Mohamed\*  
Pr. EL ALAOUI MHAMDI Mouna  
Pr. EL KHATTABI Abdessadek\*  
Pr. EL OUAZZANI Hanane\*  
Pr. ER-RAJI Mounir  
Pr. JAHID Ahmed  
Pr. MEHSSANI Jamal\*  
Pr. RAISSOUNI Maha\*

Anesthésie Réanimation  
Chirurgie Générale  
Médecine Interne  
Pneumophtisiologie  
Chirurgie Pédiatrique  
Anatomie pathologique  
Psychiatrie  
Cardiologie

### **Février 2013**

Pr. AHID Samir  
Pr. AIT EL CADI Mina  
Pr. AMRANI HANCHI Laila  
Pr. AMOUR Mourad  
Pr. AWAB Almahdi  
Pr. BELAYACHI Jihane  
Pr. BELKHADIR Zakaria Houssain  
Pr. BENCHEKROUN Laila  
Pr. BENKIRANE Souad  
Pr. BENNANA Ahmed\*  
Pr. BENSEFFAJ Nadia  
Pr. BENSGHIR Mustapha\*  
Pr. BENYAHIA Mohammed\*  
Pr. BOUATIA Mustapha  
Pr. BOUABID Ahmed Salim\*  
Pr. BOUTARBOUCH Mahjoub  
Pr. CHAIB Ali\*  
Pr. DENDANE Tarek  
Pr. DINI Nouzha\*  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Mohamed Ali  
Pr. ECH-CHERIF EL KETTANI Najwa  
Pr. ELFATEMI Nizare  
Pr. EL GUERROUJ Hasnae  
Pr. EL HARTI Jaouad  
Pr. EL JOUDI Rachid\*  
Pr. EL KABABRI Maria  
Pr. EL KHANNOUSSI Basma  
Pr. EL KHLouFI Samir  
Pr. EL KORAICHI Alae  
Pr. EN-NOUALI Hassane\*  
Pr. ERREGUIG Laila  
Pr. FIKRI Meryim  
Pr. GHANIMI Zineb  
Pr. GHFIR Imade  
Pr. IMANE Zineb  
Pr. IRAQI Hind  
Pr. KABBAJ Hakima  
Pr. KADIRI Mohamed\*  
Pr. LATIB Rachida

Pharmacologie – Chimie  
Toxicologie  
Gastro-Entérologie  
Anesthésie Réanimation  
Anesthésie Réanimation  
Réanimation Médicale  
Anesthésie Réanimation  
Biochimie-Chimie  
Hématologie  
Informatique Pharmaceutique  
Immunologie  
Anesthésie Réanimation  
Néphrologie  
Chimie Analytique  
Traumatologie Orthopédie  
Anatomie  
Cardiologie  
Réanimation Médicale  
Pédiatrie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Neuro-Chirurgie  
Médecine Nucléaire  
Chimie Thérapeutique  
Toxicologie  
Pédiatrie  
Anatomie Pathologie  
Anatomie  
Anesthésie Réanimation  
Radiologie  
Physiologie  
Radiologie  
Pédiatrie  
Médecine Nucléaire  
Pédiatrie  
Endocrinologie et maladies métaboliques  
Microbiologie  
Psychiatrie  
Radiologie

Pr. ETTAIB Abdelkader  
Pr. FAOUZI Moulay El Abbas  
Pr. HAMZAOUI Laila  
Pr. HMAMOUCHE Mohamed  
Pr. IBRAHIMI Azeddine  
Pr. KHANFRI Jamal Eddine  
Pr. OULAD BOUYAHYA IDRISSE Med  
Pr. REDHA Ahlam  
Pr. TOUATI Driss  
Pr. ZAHIDI Ahmed  
Pr. ZELLOU Amina

Zootecnie  
Pharmacologie  
Biophysique  
Chimie Organique  
Biologie moléculaire  
Biologie  
Chimie Organique  
Chimie  
Pharmacognosie  
Pharmacologie  
Chimie Organique

*Mise à jour le 09/01/2015 par le  
Service des Ressources Humaines*

- 9 JAN 2015



# DEDICACES

*À la mémoire de Bba sidi BELKACEM*

*J'aurais tant voulu que tu sois là en ce jour spécial. Ta joie et ta bonne humeur étaient un rayon de soleil dans ma vie. Tes mots réconfortants ont toujours su me donner force et courage. Que ton âme repose en paix.*

*À la mémoire de mon grand-père ALI et à ma grand-mère*

*ZINEB*

*Vous m'avez appris la patience, le respect des autres, mais surtout la valeur du travail. Je ne vous oublierai jamais. Que votre âme repose en paix.*

## *A Maman et Papa*

*Enfin ! Je sais que vous avez attendu ce jour depuis que j'ai déposé les pieds à la fac pour la première fois. Maman, tes youyous ont intérêt à alerter tout Al Irfane ! Papa, est ce que tu imaginais que la soutenance de ta fille aurait lieu 33 ans après la tienne !*

*Ce que j'ai à vous dire ne pourra pas tenir dans ces quelques lignes. Vous avez toujours été à mes côtés, depuis mes devoirs de primaire jusqu'aux derniers examens cliniques de ma 7<sup>ème</sup> année. C'est votre dévouement, votre amour et vos sacrifices qui m'ont toujours donné la force d'aller de l'avant. Aujourd'hui, comme toujours, je serai toujours votre petite fille, qui vous dois tout ce qu'elle a accompli dans la vie. J'espère je serai toujours à la hauteur de vos attentes. Que dieu vous bénisse et vous comble de bonheur.*

*À ma grand-mère FATNA*

*Mmilalla, tu es un exemple pour nous tous. Ton courage, ta force de caractère et ta volonté m'ont toujours inspiré dans mes moments les plus difficiles. Tu m'as appris à pétrir le pain, mais surtout à être une femme forte et dévouée. Que Dieu prolonge ta vie et te donne santé et bonheur.*

*À mon frère AZOR*

*Tu dois bien rigoler de me voir soutenir un an après toi alors que je suis ton aînée, mais bon, on ne peut pas comparer les mécaniciens avec les médecins : ) J'espère du fond du cœur que tu sauras écouter la voix des gens à qui tu es cher, et que tu deviendras l'homme que tu mérites d'être. Que Dieu te garde.*

*À LALLA*

*Puisse Dieu soulager tes douleurs et t'apporter paix et bonne santé.*

*À mon mari ADNANE*

*Je te l'ai déjà dit, on aurait pu soutenir en binôme tellement tu connais cette thèse par cœur : tu as conçu les graphes, calculé les statistiques et fais la mise en page ! Tu as supporté mes sautes d'humeur, mon illettrisme en Excel et mes envies de pâtisserie à des heures impossibles : )J'ai vu quelque part que l'on ne peut enseigner que ce que l'on est, et ta grâce avec les autres et la générosité de ton cœur m'ont appris à donner sans jamais rien attendre en retour. Plus que mon mari, tu es mon compagnon de route, ma tasse de café et mon petit bout de quiétude dans ce monde. Tout ce que je souhaite, c'est que notre petit bout de chou soit aussi merveilleux que son père. Inchallah.*

*À mes beaux-parents, MOHAMMED et FATIMA*

*Nos réunions de famille m'ont toujours apporté joie et plaisir. Vous n'avez jamais cessé de me soutenir, je vous remercie du fond du cœur pour vos encouragements et vos prières.*

*À ma tante SAMIRA*

*Ton cœur ne connaît ni prétention ni rancœur. J'espère que  
tu resteras toujours une source de joie pour les gens qui  
t'aiment.*

*À ma tante BOUCHRA, son mari ABDELHADI et leur fille  
Aya.*

*À mon oncle NOUREDDINE, sa femme FATIMA et leurs  
enfants HAMZA et AYMANE.*

*À mon oncle MOHAMMED, sa femme RACHIDA et leurs  
enfants YAHYA, RIM, ZAID et HIBA.*

*À mon oncle TARIK, sa femme KARIMA et leurs enfants  
ZINEB et SAMY.*

*À ma tante MERYEM, son mari MOHAMMED, et leurs enfants  
ASMAA et ALI.*

*À ma tante FATIMA ZAHRA, son mari MOHAMMED et  
leur filles HAFSA et HAJAR.*

*À ma tante KHADIJA, son mari AHMED et leur filles  
MIMOUNA et SAIDA.*

*À mon oncle ABDELKADER, sa femme AZIZA et leur fille  
SARAH.*

*À mon oncle SAID, sa femme MALIKA et ses enfants  
MOHAMMED, NOUREDDINE et ACHRAF.*

*À ma belle-sœur, HALIMA, son mari LAHCEN, et ses deux  
garçons TARIK et OTHMANE.*

*À mon beau-frère ABDELKARIM, sa femme ASMAA et leur  
petit ZIYAD.*

*À ma cousine IKRAM, son mari OUSSAMA et leur petite  
DIYAE.*

*À mon cousin YASSIR, sa femme NISSRINE et leur petite  
ISRAA.*

*À Fatima, et ses filles ASMAA, KHAWLA et IMANE.*

*À la famille ERRAMI. Ma tante YAMNA, mon oncle  
MOHAMMAD, et ZINEB et AMITRI.*

*A Khalti AICHA, Khalti BOUCHRA, Khalti NAIMA, Khalti  
NEZHA*

*A mes autres mamans. A vos sages conseils, vos cakes qui  
sentent bon l'amour et à vos bras toujours ouverts.*

*A ma tante ZAHRA, son mari HAFID et leurs merveilleux  
enfants TILILA, SIMANE, INAS et MOHAMMAD-ANIR*

*Vous avez été ma deuxième famille à Rabat. Je n'oublierai  
jamais votre générosité, votre couscous Ikkourmissen et  
votre inimitable thé à la menthe. Que Dieu vous comble de  
ses bénédictions.*

*À AAHD BENCHAOUECH*

*Aadouch , je t'ai dans la peau depuis que je complotais pour que tu ne sois plus première de classe au primaire. Ma vie aurait été si fade sans ton sarcasme, tes playlists et ton cœur plus grand que le ciel. Merci de m'avoir appris à rester fidèle à moi-même contre tous les vents. Je prie Dieu pour que demain nous soyons encore plus précieuses l'une pour l'autre que nous le sommes aujourd'hui.*

*À ADNANE ELKHETTATE*

*A ton cynisme, tes choux à la crème vanille et ton argumentaire hors pair ! Mon frère, mon ami d'enfance, nos années à la fac avec leurs hauts et leurs bas resteront à jamais un merveilleux souvenir. Puisse Dieu préserver notre amitié et notre respect pour le thé, en attendant de voir mes enfants ~~frapper~~ jouer avec les tiens. Inchallah.*

### *À KENZA ALAOU*

*Ma Kenza, où que tu vas, tu envahis avec ton sourire, ton énergie et ta force de caractère. Même si tu es souvent loin, tu es en quelque sorte toujours avec nous :) Nos conversations sont souvent agrémentées de « comme Kenza l'aurait dit » ou « j'imagine le regard de Kenza si elle avait entendu ça ». Que tes sourires fassent éternellement partie de ma vie et que Dieu parsème ta vie de belles « surprises » ;)*

### *À MYRIAM BIZRANE*

*Ma sœur, ma meilleure amie. Qu'est ce qu'on pourrait bien dire en quelques petites lignes à quelqu'un qui a veillé à notre chevet quand on était malade, qui nous a préparé nos plats préférés, qui a supporté nos caprices, donné sans jamais attendre quelque chose en retour ? Tout ce que je peux dire, c'est que je suis une bien meilleure personne grâce à toi. Tu as toujours su faire ressortir le meilleur en nous. Superbiz, without you, our lives would be dark and full of terrors! ;)*

*A AMAL FEKKAR*

*J'airarement connu d'amie plus fidèle et plus attentionnée.  
Avec toi j'ai appris qu'un sourire peut régler toutes sortes de  
problèmes .J'espère que ta vie sera emplie de beauté, de joie  
et gens qui te méritent.*

*À ZAINABRIFAI et MARIAM RYAD*

*Vous avez été les meilleures surprises que j'ai rencontrées à  
Rabat. Je n'oublierai jamais nos sessions à la buvette, nos  
conversations sans queue ni tête et nos blagues très  
scientifiques. ;) Puisse Dieu préserver cette amitié qui a  
empli ma vie de joie et de bonheur.*

*À TAHATAGMOUTI&IMANEHOUEM*

*A nos innombrables pique-nique à la fac , à nos parties de  
charades et au « petit coin » . I hope you will remain the  
ball of good vibes you are now !:)*

*À mes Professeurs de Primaire : Mr Jabioune , Mme Kais,  
Mr Mzaouali, et Mr Toto et les autres*

*Je suis là grâce à vos efforts, à votre intégrité et votre rigueur. Je ne saurais vous exprimer toute ma gratitude. J'espère que je serai toujours à la hauteur de vos attentes.*

*À toute l'équipe de l'hôpital ARRAZI : Mr Jelloul, Mme Houyam, Dr Nafie, Mr Achaaq, Mr Abdelhaq, Mr Khalid, Doha, Ikram, Imad, Bouchra, Mr Sidki et Mr El Houceine*  
*Vous avez été une équipe formidable. Je ne vous remercierai jamais assez pour votre soutien durant mon enquête. On partagé nourriture, rires et science. Vous m'avez accueilli à bras ouvert et avez tout fait pour me faciliter la tâche. Je vous en serai éternellement reconnaissante.*

# REMERCIEMENTS

*A NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR  
MONSIEUR LE PROFESSEUR M. KADIRI  
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE*

*Vous avez supervisé ce travail  
avec une rigueur et une exigence hors  
pair. Je vous remercie du fond du  
cœur pour vos conseils paternels,  
votre disponibilité et votre patience.*

*Je vous exprime toute ma  
reconnaissance, en espérant être à la  
hauteur de vos attentes.*

*A NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT  
MONSIEUR LE PROFESSEUR M.Z. BICHRA  
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE*

*Vous nous avez un jour dit que  
« Lorsque vous avez devant vous un  
schizophrène, n'oubliez jamais qu'il y  
a toujours un humain en lui. »*

*J'espère que ce travail sera à la  
hauteur de vos enseignements. Je vous  
prie, cher maître, d'accepter ma haute  
considération et mon profond respect.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR A. OUANASS  
PROFESSEUR DEPSYCHIATRIE*

*Nous sommes très touchés et  
reconnaisants pour la gentillesse avec  
laquelle vous nous avez reçu et  
accepté de juger notre travail.  
Puisse ce travail vous témoigner notre  
profond respect & notre grande  
reconnaissance.*

*A NOTRE MAITRE ET JUGE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR H. KISRA  
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE*

*De votre enseignement brillant et  
précieux nous gardons les meilleurs  
souvenirs. Nous vous remercions du  
grand honneur que vous nous faite en  
acceptant de faire part de notre jury.*

*A NOTRE MAÎTRE ET JUGE  
MONSIEUR LE PROFESSEUR J. MEHSSANI  
PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE*

*C'est pour nous un grand honneur  
de vous voir siéger parmi le jury de  
cette thèse. Nous tenons à vous  
exprimer nos sincères remerciements  
& notre profond respect.*

# TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS

TABLE DES ILLUSTRATIONS

I. Liste des tableaux

II. Liste des Figures

INTRODUCTION .....	1
REVUE DE LA LITTERATURE .....	6
III. Concept de la charge / fardeau familial dans la littérature .....	7
1. L'aidant naturel/familial .....	7
2. La charge/fardeau .....	9
3. Instruments d'évaluation de la charge des familles de patients schizophrènes .....	12
IV. Maladie mentale dans le contexte marocain .....	15
1. Aperçu historique des maladies mentales à travers les âges .....	15
2. Etat des lieux actuel .....	21
3. Représentations de la maladie mentale au Maroc et perspectives magico-religieuses .....	29
MATERIEL ET METHODES.....	37
I. Type, période et lieu de l'étude.....	38
1. Type de l'étude.....	38
2. Période de l'étude .....	38
3. Lieu de l'étude.....	38
4. Mode d'administration.....	39
5. Considérations éthiques .....	39
II. Les sujets.....	39
III. Le questionnaire .....	40
1. Données sociodémographiques du patient et du participant .....	40
2. Données cliniques du patient .....	41
3. Connaissance sur la schizophrénie .....	41
4. Médecine moderne et médecine traditionnelle.....	43
5. Charge objective de la schizophrénie .....	44
6. Familles et systèmes de santé.....	50

IV.	Analyse des données et méthodes statistiques .....	51
	RESULTATS DESCRIPTIFS.....	52
I.	Caractéristiques Sociodémographiques du patient.....	53
1.	Sexe .....	53
2.	Age .....	53
3.	Statut marital .....	54
4.	Situation professionnelle.....	54
5.	Niveau d'éducation.....	55
6.	Couverture sanitaire.....	55
II.	Caractéristiques Sociodémographiques du participant .....	56
1.	Sexe .....	56
2.	Age .....	56
3.	Statut marital .....	57
4.	Situation professionnelle.....	57
5.	Niveau d'éducation.....	58
6.	Revenu mensuel de la famille .....	58
7.	Lien de parenté avec le patient .....	59
III.	Caractéristiques cliniques du patient .....	60
1.	Age lors du diagnostic .....	60
2.	Durée de la maladie .....	60
3.	Nombre d'hospitalisations .....	61
4.	Traitement médical.....	61
5.	Usage de substances psychoactives .....	62
IV.	Connaissances des familles sur la schizophrénie .....	65
1.	Connaissez-vous la maladie de votre proche .....	65
2.	Avez-vous déjà entendu le terme « schizophrénie » ou son équivalent arabe .....	65
3.	De quelle source tenez-vous des informations .....	66
4.	Pensez-vous que cette maladie est chronique.....	66
5.	Pensez-vous que cette maladie est curable.....	67
6.	Pensez-vous que cette maladie peut être stabilisée sous traitement .....	67

7.	Pensez-vous que le patient peut mener une vie normale ? .....	68
8.	Selon vous quelle est la cause de la schizophrénie .....	68
V.	Usage de la médecine traditionnelle .....	71
1.	Quelle était votre première attitude lors de l'apparition des premiers symptômes.....	71
2.	Si vous avez consulté un médecin en premier lieu, lequel.....	71
3.	Avez-vous déjà associé les deux méthodes.....	72
4.	Quel type de thérapie traditionnelle.....	72
5.	Efficacité de la thérapie traditionnelle .....	73
6.	Efficacité de la thérapie moderne .....	73
VI.	Charge/fardeau objectif de la famille.....	75
1.	Dimension financière.....	75
2.	Activités domestiques de la famille.....	79
3.	Loisirs .....	82
4.	Interactions familiales.....	84
5.	Effet sur la santé physique .....	87
6.	Effet sur la santé mentale .....	88
VII.	Satisfaction des participants du système de santé .....	92
1.	Satisfaction de la communication avec le médecin psychiatre.....	92
2.	Satisfaction des institutions psychiatriques.....	92
3.	Type de prise en charge du patient .....	93
	RESULTATS ANALYTIQUES .....	94
I.	Dimension financière .....	95
II.	Activités domestiques de la famille.....	96
III.	Loisirs .....	97
IV.	Interactions familiales.....	98
V.	Effet sur la santé physique .....	99
VI.	Effet sur la santé mentale .....	99
VII.	Charge globale objective.....	100
	DISCUSSION .....	103
I.	Discussion de la méthodologie de travail .....	104

1. Choix du questionnaire .....	104
2. Mode d'administration du questionnaire .....	106
3. Critères d'inclusion .....	107
II. Comparaison des résultats avec ceux de la littérature .....	108
1. Résultats descriptifs .....	108
2. Résultats analytiques .....	126
CONCLUSION .....	135
RESUMES .....	139
ANNEXES .....	143
BIBLIOGRAPHIE.....	147

# LISTE DES ABREVIATIONS

<b>CHU</b>	Centre hospitalier universitaire
<b>CNDH</b>	Conseil national des droits de l'Homme
<b>CNOPS</b>	Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale
<b>CNSS</b>	Caisse nationale de sécurité sociale.
<b>DSM</b>	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
<b>ECI</b>	Experience of Caregiving Inventory
<b>FBIS</b>	Family Burden Interview Schedule
<b>IEQ</b>	Involvement Evaluation Questionnaire
<b>OMS</b>	Organisation mondiale de la santé.
<b>PFBS</b>	Perceived Family Burden Scale
<b>RAMED</b>	Régime d'assistance médicale.
<b>SBAS</b>	Social Behavior Assessment Schedule

TABLE DES  
ILLUSTRATIONS

# **I. Liste des tableaux**

<b>Table 1:</b> Répartition des ressources humaines de santé mentale par spécialité, 2012, Maroc .....	22
<b>Table 2:</b> Tableau récapitulatif des données sociodémographiques et cliniques.....	63
<b>Table 3:</b> Tableau récapitulatif des réponses de la dimension «Connaissance sur la maladie» .....	69
<b>Table 4:</b> Tableau récapitulatif des réponses de la dimension « Usage de la médecine traditionnelle » .....	74
<b>Table 5:</b> Tableau récapitulatif des scores moyens des items et des catégories de la charge .....	90
<b>Table 6:</b> Tableau récapitulatif des résultats de la dimension « Satisfaction » .....	93
<b>Table 7:</b> Résultats de l'analyse univariée : Variables sociodémographiques et cliniques du patient .....	101
<b>Table 8:</b> Résultats de l'analyse univariée : Variables sociodémographiques du participant.....	102

## II. Liste des Figures

<b>Figure 1:</b> Répartition des patients selon le sexe .....	53
<b>Figure 2:</b> La Moyenne d'âge des patients .....	53
<b>Figure 3:</b> La répartition des patients selon le statut marital .....	54
<b>Figure 4:</b> Répartition des patients selon la situation professionnelle .....	54
<b>Figure 5:</b> Répartition des patients selon le niveau d'éducation .....	55
<b>Figure 6:</b> Répartition des patients selon leur couverture sanitaire .....	55
<b>Figure 7:</b> Répartition des participants selon le sexe .....	56
<b>Figure 8:</b> La moyenne d'âge des participants .....	56
<b>Figure 9:</b> Répartition des participants selon le statut marital.....	57
<b>Figure 10:</b> Répartition des participants selon leur statut professionnel.....	57
<b>Figure 11:</b> Répartition des participants selon le niveau d'éducation .....	58
<b>Figure 12:</b> Répartition des participants selon le revenu mensuel.....	58
<b>Figure 13:</b> Répartition des participants selon leurs liens de parenté avec les patients.....	59
<b>Figure 14:</b> Répartition des participants de sexe masculin selon leurs liens avec les patients .....	59
<b>Figure 15:</b> Répartition des participants de sexe féminin selon leurs liens avec les patients .....	59
<b>Figure 16:</b> Moyenne d'âge des patients lors du diagnostic.....	60
<b>Figure 17:</b> La durée médiane de la maladie des patients .....	60
<b>Figure 18:</b> Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations .....	61
<b>Figure 19:</b> Répartition des patients selon la prise de médicaments antipsychotiques..	61
<b>Figure 20:</b> Répartition des patients selon l'usage de substances psychoactives .....	62
<b>Figure 21:</b> Répartition de l'usage de substances selon le sexe du patient.....	62
<b>Figure 22:</b> Répartition des participants selon leur connaissance de la maladie des patients .....	65
<b>Figure 23:</b> La fréquence des participants qui ont déjà entendu le terme «schizophrénie» .....	65
<b>Figure 24:</b> Les principales sources d'informations des familles sur la schizophrénie ..	66
<b>Figure 25:</b> Fréquence des participants qui savent que la schizophrénie est une maladie chronique .....	66
<b>Figure 26:</b> Fréquence des participants qui croient que la schizophrénie est une maladie chronique .....	67

<b>Figure 27:</b> La fréquence des participants qui croient que la schizophrénie peut être stabilisée sous traitement.....	67
<b>Figure 28:</b> La fréquence des participants qui pensent que le patient peut mener une vie normale.....	68
<b>Figure 29:</b> Les étiologies de la schizophrénie selon les participants.....	68
<b>Figure 30:</b> Répartition des participants selon leur attitude lors des premiers symptômes.....	71
<b>Figure 31:</b> La répartition des participants selon la spécialité du médecin qu'ils ont sollicité.....	71
<b>Figure 32:</b> La répartition des patients selon leur association des thérapies modernes et traditionnelles.....	72
<b>Figure 33:</b> Les types de thérapies traditionnelles sollicitées par les participants.....	72
<b>Figure 34:</b> La fréquence des participants qui pensent que la thérapie traditionnelle est efficace.....	73
<b>Figure 35:</b> La fréquence des participants qui pensaient que la médecine moderne est efficace.....	73
<b>Figure 36:</b> Charge liée à la perte des revenus du patient.....	75
<b>Figure 37:</b> Charge liée à la perte des revenus d'un membre de la famille.....	76
<b>Figure 38:</b> Charge liée aux dépenses dues à la maladie.....	76
<b>Figure 39:</b> Charge liée à des accommodations financières nécessaires.....	77
<b>Figure 40:</b> Charge liée aux crédits contactés et aux économies dépensées.....	77
<b>Figure 41:</b> Charge liée au report d'activités nécessitant un financement.....	78
<b>Figure 42:</b> Charge liée au fait que le patient ne va plus à son travail/école.....	79
<b>Figure 43:</b> Charge liée à la non-participation du patient dans les tâches domestiques.....	79
<b>Figure 44:</b> Charge liée à l'interruption des activités des membres de la famille à cause de la maladie du patient.....	80
<b>Figure 45:</b> Charge liée à l'interruption des activités de la famille à cause du comportement du malade.....	80
<b>Figure 46:</b> Charge liée à la négligence des autres membres de la famille.....	81
<b>Figure 47:</b> Charge liée à l'arrêt des activités habituelles de loisir.....	82
<b>Figure 48:</b> Charge liée à l'annulation des vacances d'un des membres de la famille à cause de la maladie du patient.....	82
<b>Figure 49:</b> Charge liée à la non-participation du patient dans les activités de loisirs de la famille.....	83

<b>Figure 50:</b> Charge liée à l'annulation d'une activité de loisir à cause de la maladie du patient.....	83
<b>Figure 51:</b> Charge liée à l'atmosphère générale de la maison .....	84
<b>Figure 52:</b> Charge liée aux disputes des membres de la famille à cause du patient ....	84
<b>Figure 53:</b> Charge liée à l'arrêt des interactions de la famille avec l'entourage.....	85
<b>Figure 54:</b> Charge liée à l'isolement de la famille .....	85
<b>Figure 55:</b> Charge liée aux autres effets sociaux sur la famille .....	86
<b>Figure 56:</b> Charge liée à l'effet du comportement sur la santé physique des membres de la famille .....	87
<b>Figure 57:</b> Charge liée aux autres effets sur la santé physique des membres de la famille.....	87
<b>Figure 58:</b> Charge liée aux consultations chez le médecin pour symptômes psychologiques .....	88
<b>Figure 59:</b> Charge liée aux conséquences psychologiques de la maladie sur les membres de la famille .....	89
<b>Figure 60:</b> Répartition des participants selon leur satisfaction de la communication avec le psychiatre traitant.....	92
<b>Figure 61:</b> Répartition des participants selon leur satisfaction des institutions psychiatriques au Maroc .....	92
<b>Figure 62:</b> Répartition des patients selon le type de prise en charge .....	93

# INTRODUCTION

La schizophrénie, décrite il y a plus de 100 ans, demeure encore l'un des troubles les plus mystérieux de la psychiatrie. C'est un problème de santé publique qui compte parmi les plus coûteux en termes de souffrance pour le malade et ses proches et de coût pour la société (près de 15 milliards d'euros en France).[1]

La schizophrénie est une maladie fréquente et universelle. Elle est classé 8<sup>ème</sup> handicap mondial dans la tranche d'âge des 15-44 ans par l'OMS (Organisation Mondiale de la santé). Sa prévalence mondiale est estimée à 1% et toucherait au Maroc près de 300 000 individus.[2]

Elle se caractérise par une rupture de contact avec le monde environnant, un retrait de la réalité et des troubles de la pensée. On y retrouve un ensemble de syndromes dont les principaux sont les délires, les hallucinations, les perturbations du cours de la pensée et de l'affectivité, et ce, durant une période prolongée (au moins 6 mois). Sur le long terme, cette maladie devient souvent chronique et entraîne un handicap psychologique majeur.[1]

Du fait de formes cliniques hétérogènes, elle a fait l'objet de différentes descriptions au fil des âges. Depuis l'Antiquité jusqu'au 21<sup>ème</sup> siècle, la schizophrénie a été au centre des réflexions autour de la santé mentale. Ses répercussions sont dramatiques pour le patient, mais elles le sont encore plus pour sa famille et son entourage.

La place de la famille dans le contexte psychiatrique n'a pas cessé d'évoluer au cours des dernières décennies. A l'aube du 20<sup>ème</sup> siècle, le regard vers la famille était essentiellement culpabilisant. La famille est dite « pathogène », réservoir d'un patrimoine héréditaire pathologique et catalyseur d'une communication déviante.[3] Ce

n'est que vers les années cinquante que la communauté scientifique se décida changer d'attitude envers la famille, la considérant plutôt comme « victime » d'un procédé d'étiquetage et de stigmatisation.[4]

Après l'avènement des neuroleptiques dans les années cinquante, la psychiatrie a connu un mouvement de désinstitutionalisation majeur qui réinventa totalement la prise en charge de la schizophrénie. D'une longue période où les malades mentaux étaient exclus de la société, condamnés à vivre dans des asiles, ils ont réintégré la cité et la plupart d'entre eux sont revenus vivre auprès de leurs familles. Les décideurs et les psychiatres vont alors considérer les familles comme une alternative de choix pour relocaliser le patient psychiatrique. La relation de l'équipe soignante avec les familles devient une relation de collaboration. L'aidant familial est perçu comme un support dans l'amélioration du suivi du patient et la prévention de rechutes.[5]

*Ausloos* dira à ce propos : « Nous avons besoin de vous pour faire notre travail parce que vous avez l'expérience, vous savez beaucoup, vous avez essayé de nombreuses solutions vous avez connu des échecs mais aussi des réussites. Avec votre collaboration, nous avons plus de chance de faire du bon travail. »[6]

Quoique la famille du patient atteint de schizophrénie est maintenant perçue sous un nouveau jour, il n'empêche qu'elle reste un système de « soins informels » très peu organisés et présentant de nombreuses failles. Afin de pallier au manque d'expériences des proches, les systèmes sanitaires vont essayer de développer des programmes psycho-éducatifs[7] dans le but d'informer les familles sur la schizophrénie, les aider à adapter leur environnement et de favoriser un mode de communication apte à minimiser les symptômes et les rechutes du patient.

Le programme psycho-éducatif le plus utilisé dans le monde francophone est le modèle *Profamille* qui se base essentiellement sur les besoins des parents. Il est développé en 1987 par Cormier au Québec, a été ramené en Europe en 1993[8] et est même utilisé au Maroc, quoique de façon très minime, par un réseau d'associations s'intéressant aux familles de patients schizophrènes.[9]

Dans le Maroc d'aujourd'hui, les familles des patients atteints de schizophrénie ont un long chemin à parcourir avant d'accéder au statut de « partenaire de soin », acquis depuis des années dans de nombreux pays occidentaux.

Malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics au cours des dernières décennies, la santé mentale au Maroc demeure en grande difficulté. Les ressources humaines et matérielles restent insuffisantes, l'accès au traitement limité, et les structures hospitalières loin des normes requises. Effectivement, dans un rapport en 2012, on a constaté une insuffisance de structure et de ressources humaines, ainsi qu'une inadéquation de l'offre avec le besoin en santé mentale.

Le manque de moyens matériels et humains dans le secteur de la santé mentale au Maroc et la désinstitutionalisation de la psychiatrie ont un impact direct sur le vécu des familles des malades. Ce sont souvent les ménages qui endossent la responsabilité de leur proche malade. La famille supervise le cours des traitements, gère les crises et prend en charge les besoins quotidiens du malade.

Au cours de notre cursus de 5ème année lors de notre passage au service de psychiatrie, nous avons pu constater la détresse de ces familles brisées, dépassées et sans aucune préparation préalable. En effet, les exemples de familles cherchant leur proche à travers les médias après une fugue de plusieurs mois, ou de parents

séquestrant leur propre enfant pendant des années dans des conditions précaires s'est avéré être une réalité palpable que confirme les reportages radiotélévisés et les articles de journal qui se sont intéressés au sujet. Les consultations ont révélé des mères désemparées, des époux confus, et des foyers détruits par les menaces de meurtre, les attentats de viol, mais surtout l'impuissance devant la souffrance d'un être cher.

Malgré l'importance du fardeau porté par ces familles, peu d'études ce sont intéressées à ce sujet dans notre pays.[10]

Notre travail, qui sera la première enquête s'intéressant à la charge des familles de patients schizophrènes au Maroc, est une tentative pour mettre en relief la souffrance de ces familles. L'objectif de cette étude sera d'évaluer cette charge sous tous ses aspects : émotionnels, sociaux et financiers, ainsi que de mesurer l'impact de la stigmatisation et l'influence de la maladie sur la santé physique et mentale des membres de la famille. Nous allons également essayer de cerner la connaissance des familles sur la maladie de leur proche, et mesurer leur usage de la thérapie traditionnelle et leur relation avec les différents composants du système de santé.

Nous allons donc essayer d'explorer les différentes variables influençant la qualité de vie de ces familles et les principaux champs affectés en essayant de répondre à quelques questions :

- **Quelle est la charge moyenne des familles de patients atteint de schizophrénie au Maroc ?**
- **Quels sont les facteurs sociodémographiques associés significativement à cette charge ?**

# REVUE DE LA LITTÉRATURE

# **I. Concept de la charge / fardeau familial dans la littérature**

## **1. L'aidant naturel/familial**

### **1.1. Définition :**

Le concept de la charge s'est trouvé au centre de nombreux travaux de recherche consacrés aux démences mais aussi aux maladies mentales chroniques. Ce concept s'est élargi autour de la notion anglo-saxonne de *caregiver*, qui est traduite en français par le terme d'aidant naturel/familial ou de soignant informel.[11]

Pour *Taggart* et al l'aidant naturel ne peut être défini par la loi mais par la relation d'aide et de dévouement non institutionnelle d'une personne envers un patient, qui le reconnaît comme tel. Ainsi, toute personne non professionnelle de santé, non institutionnelle, qui prend soin et accompagne un patient souffrant de maladie mentale peut être considérée comme aidant naturel. Le plus souvent, les aidants naturels sont des membres de l'entourage proche, à savoir la famille (les parents dans la majorité des cas, plus rarement les descendants ou collatéraux), mais aussi le conjoint, voire des amis .[11]

### **1.2. Cadre législatif :**

Selon le gouvernement français, l'aidant familial est la personne qui vient en aide, à titre non professionnel, en partie ou totalement, à une personne âgée

dépendante ou une personne handicapée de son entourage, pour les activités de la vie quotidienne. Cette aide régulière est permanente ou non. Elle peut prendre différentes formes comme le « nursing », les soins, l'accompagnement à l'éducation et à la vie sociale, les démarches administratives, la coordination, la vigilance, le soutien psychologique, les activités domestiques.

Un ou plusieurs aidants peuvent être amenés à se relayer ou à se remplacer auprès d'une personne malade tout au long de l'évolution de sa maladie.[12]

Au Maroc, il n'y a pas de statut juridique propre à l'aidant naturel. Le schizophrène n'a même pas encore le statut d'handicapé mental dans la législation marocaine. En France, par contre, l'article L1111-6-1 du Code de la santé publique donne la définition de la relation entre l'aidant naturel et la personne handicapée : « Une personne durablement empêchée, du fait de limitations fonctionnelles des membres supérieurs en lien avec un handicap physique, d'accomplir elle-même des gestes liés à des soins prescrits par un médecin, peut désigner, pour favoriser son autonomie, un aidant naturel ou de son choix pour les réaliser. La personne handicapée et les personnes désignées reçoivent préalablement, de la part d'un professionnel de santé, une éducation et un apprentissage adaptés leur permettant d'acquérir les connaissances et la capacité nécessaires à la pratique de chacun des gestes pour la personne handicapée concernée. Lorsqu'il s'agit de gestes liés à des soins infirmiers, cette éducation et cet apprentissage sont dispensés par un médecin ou un infirmier.[13]

## **2. La charge/fardeau**

### **2.1. Définition :**

Selon Larousse, le terme « fardeau » a deux sens, propre et figuré. Au sens propre du terme, il signifie « une charge pesante qu'il faut lever ou supporter », au sens figuré, il s'agirait de « ce qui est dur à supporter, une épreuve ». Les termes « charge » et « poids » ont été proposés comme synonymes.

Selon le même dictionnaire, le terme « charge » signifie « fardeau, poids, porté ou transporté par un animal, quelqu'un, un véhicule » ou « ce qui pèse sur quelqu'un, un groupe, qui entraîne des responsabilités (morales, financières, etc.) » ou encore « rôle, mission, choses ou personnes dont on a la responsabilité ».[14]

Dans le livre « Psychiatrie en pratique : Education, Expérience et Compétence », les auteurs définissant la charge familiale comme étant l'ensemble des difficultés pratiques et psychologiques en relation avec la prise en charge d'un parent atteint d'une maladie de longue durée.[15]

Par ailleurs, les mots « fardeau » ou « charge » sont les termes utilisés comme l'équivalent français du terme *burden* dans plusieurs ouvrages de la littérature française. Ce terme, *burden* ou encore *burden of care*, a été introduit pour la première fois en 1966 par *Grad&Salsburry*, qui l'ont défini comme tout impact négatif sur la famille causé par la prise en charge d'un parent malade. Il est perçu comme une force de médiation entre le handicap du patient et son impact sur les membres de la famille, les *caregivers*. [16]

Cependant, la charge de la famille n'a commencé à être considérée comme un concept à part entière que par *Hoening& Hamilton* (1966) , qui suggèrent par la même occasion de dichotomiser la charge en « charge objective » et « charge subjective » .En effet, ils stipulent que les événements, les activités et les événements spécifiques doivent être séparés des émotions ,sentiments et attitudes associées à la prise en charge du parent.[17]

En 1980, *Zarit,Reever&Bach-Peterson* ont tenté de clarifier le concept de la charge en le définissant comme « la perception de la famille de l'étendue de l'effet de la prise en charge du proche sur la santé mentale et physique, la vie sociale et le statut financier de la famille.[18]

*Platt*, par ailleurs, stipule que la charge objective comprend une perturbation vérifiable et observable de la vie de la famille/foyer. Pour lui, la charge objective diffère de la charge subjective dans la mesure où cette dernière dépend entièrement du partage des sentiments par les membres de la famille.[19]

La dernière tendance dans la littérature a été de changer d'approche quant à la conceptualisation de la charge. En effet, au lieu de la dichotomiser en « objective » et « subjective » , la charge est désormais largement utilisée pour référer aux différents problèmes physiques, psychiques, psychologiques, sociaux et financiers expérimentés par les membres de la famille qui prennent soin d'un parent atteint d'un handicap ou d'une maladie chronique. Cette notion s'applique sur les parents qui prennent en charge un enfant atteint d'une affection chronique ainsi que sur un conjoint ou un adulte prenant en charge un parent malade ou âgé.[20]

## **2.2. Caractéristiques de la charge/fardeau :**

Selon *Walker & Avant* (1988), la charge a plusieurs caractéristiques qui réapparaissent de manière itérative à travers la littérature. Ces caractéristiques sont : La perception subjective, le phénomène multidimensionnel, le changement dynamique et la surcharge.[21]

### **2.2.1. La perception subjective :**

Selon *Romeis* (1989), l'évaluation du processus de la charge est basée sur l'interprétation des demandes du malade par l'aidant familial ainsi que sur la façon dont celui gère ces ressources. Le concept de la charge est donc utilisé pour référer aux perceptions subjectives des aidants familiaux en relation avec les problèmes expérimentés à cause de du handicap spécifique du patient.[22]

### **2.2.2. Le phénomène multidimensionnel :**

Ce phénomène est aussi appelé le phénomène bio-éco-psycho-social. En effet, après avoir utilisé les analyses de facteurs et effectué plusieurs mesures, les chercheurs ont découvert dans de récentes études que le concept de la charge comprend classiquement quatre dimensions : physique / financier / social / psychologique. Cependant, l'aidant familial peut ne pas percevoir toutes les dimensions en même temps.[20]

### **2.2.3. Le changement dynamique :**

Selon *Perlick, Clarkin & Sirey* (1995), la charge change selon les demandes du malade et le degré de l'engagement de la famille vis-à-vis de lui. Ce changement peut être dû à l'aggravation du handicap du patient ou aux exigences quand à ces capacités. La charge serait alors un concept variable dans le temps selon plusieurs facteurs.[23]

### **2.2.4. La surcharge :**

La charge est un déséquilibre entre les demandes et les ressources. Quand ces dernières ne sont pas en adéquation avec les demandes, la famille peut alors faire face à une surcharge. La réaction émotionnelle la plus rapportée par les aidants familiaux dans les études est la surcharge.

## **3. Instruments d'évaluation de la charge des familles de patients schizophrènes**

### **3.1. Les questionnaires :**

Le concept de la charge, de par sa nature complexe, rend son évaluation très délicate. En effet, ses différentes dimensions comprennent des variables difficiles à recueillir, vu leur caractère subjectif et non quantitatif.

Malgré ces contraintes, le concept de la charge continue d'être utilisé et mesuré. Son évaluation a comme véritable objectif la recherche des causes de la charge, et l'étude de ses différents aspects.

Il existe plusieurs instruments de mesure de la charge en général dans la littérature. Cependant, les outils utilisés pour mesurer la charge familiale en psychiatrie, et notamment la schizophrénie, ne sont pas très nombreux.

De nombreuses équipes se sont intéressées à la description de la charge/fardeau représentée pour ces personnes par le statut d'aidant familial de patients schizophrènes, et ont élaboré des questionnaires à cette fin.

Dans une revue critique des instruments d'évaluation de la charge des aidants familiaux de patients schizophrènes[11], seize outils de mesure de la charge spécifiquement développés pour les aidants de patients schizophrènes ont été identifiés, dont un en langue française. Ces outils ont pour but de mesurer la charge, soit objective, soit subjective, soit les deux en même temps.

Parmi l'ensemble des outils, les instruments ayant la meilleure validation sont :

- **Involvement Evaluation Questionnaire (IEQ)**
- **Perceived Family Burden Scale (PFBS)**
- **Experience of Caregiving Inventory (ECI)**

Parmi les différents instruments utilisés, **deux** questionnaires sont **particulièrement** utilisés pour les familles de patients **schizophrènes**, en raison de leur large diffusion en pays anglo-saxons.

- **Social Behavior Assessment Schedule (SBAS)**
- **Family Burden Interview Schedule (FBIS)[24](cf. Discussion/Choix du questionnaire).**

### 3.2. Limites:

Presque tous les outils utilisés pour les familles de patients psychotiques se heurtent à des difficultés de deux ordres : d'une part la faiblesse du cadre théorique dans lequel ils sont développés, d'autre part des insuffisances considérables dans le processus de construction et de validation de l'instrument.

La plupart d'instruments retrouvés dans la littérature n'ont pas bénéficié d'un développement adéquat. Rares sont les instruments construits à partir d'un *verbatim* à deux exceptions près. Tous les autres auteurs construisent leur instrument à partir de leur propre expérience, de la synthèse de la littérature ou par compilations de *verbatim* anciens. La plupart des questionnaires ne sont pas présentés dans le détail par leurs auteurs ou sont difficilement accessibles. L'orientation du questionnaire vers les familles de patients schizophrènes est souvent tardive, après une validation initiale sur une population composite ou mal définie. Les propriétés métrologiques restent relativement peu documentées, rarement de manière satisfaisante. [11]

Enfin, aucun outil ne dispose d'une version française, sans parler d'une version arabe, l'adaptation transculturelle de tels questionnaires pouvant s'avérer difficile.

## **II. Maladie mentale dans le contexte marocain**

### **1. Aperçu historique des maladies mentales à travers les âges**

#### **1.1. Civilisation islamique : Age d'or de la médecine de l'âme**

Pendant que l'Europe sombrait dans les obscurités du moyen-âge, la civilisation islamique fut du VIIème au XIIème siècle, le berceau des sciences, des lettres et du savoir-vivre. Cet essor prodigieux puisait son dynamisme dans la valorisation d'un héritage multiculturel et l'exploitation d'un capital de connaissance préexistant. En effet, les savants arabes, avec une rigueur scientifique sans pareil, auront traduit sans relâche les manuscrits grecs et les ouvrages romains, sans ignorer les œuvres indiennes, chinoises et juives, contribuant ainsi à l'émergence d'une science d'expression purement arabe.

Les savants embrassèrent toutes les branches de la science et auront accordé aux troubles de l'esprit tout l'intérêt qu'ils méritaient. L'islam avait depuis longtemps régi l'administration des biens des malades mentaux, en recommandant expressément de les colloquer et de chercher à les guérir. La psychiatrie a puisé dans les valeurs islamiques de charité, de bonté, de compassion et de miséricorde, le tout dans un contexte d'entraide et de soutien social évident.

La médecine de l'esprit connut alors une avancée spectaculaire et fut pendant des siècles en avance sur le reste du monde. Son histoire a été marquée par d'éminents médecins arabes, tels Ibn Sina, Al Majusi, Ibn Omrane et Ibn Rochd , mais aussi perse comme le célèbre Arrazi.

Arrazi, flambeau de la médecine islamique, légua plusieurs écrits sur les troubles mentaux et les désordres psychologiques. Il fut même le premier à introduire le terme « AllajNafssani », la psychothérapie.

Ibn Sina, le prince des savants et le plus célèbre, travailla sur les démarches diagnostiques et thérapeutiques, et insistait sur la dualité thérapie psychique-traitements pharmacologiques.

Ibn Omrane décrivit les différents fromes cliniques des états dépressifs et leurs origines. Le savoir scientifique oriental pénétra peu à peu à la péninsule, puis au Maroc, alors que l'Europe voisine semblait doucement sous le joug d'une Eglise obscurantiste.

Les règnes se succédaient, Almoravides, Almohades et Mérinides œuvraient pour un royaume ouvert aux lumières de la science. Des bibliothèques étaient créées, des réunions scientifiques se tenaient avec la bénédiction et souvent la participation des souverains. On construisit des bîmâristâns, hôpitaux aux normes idéales, souvent au centre de la ville, aux centres aérés et ensoleillés, dotés de bibliothèques et de pharmacies, présentant alors une innovation unique : la spécialisation. On y trouvait alors déjà des services destinées aux maladies mentales. Certains auteurs affirment même qu'il y avait déjà à Fès, au VIIème siècle, une maison dédiée aux soins des malades mentaux. On peut citer comme traitement la lecture du Coran aux malade et la récitation des poèmes ainsi que la musicothérapie et l'ergothérapie.[25]

Parmi les structures qui s'occupaient des malades mentaux, on peut citer le mâristân de Sidi Ben Achir, où une trentaines de chambres étaient ajoutés au sanctuaire pour servir d'asile aux aliénés, au nerveux et aux déprimés.[26] Il y eut

également le mâristân de Sidi L'ghazi, qui était uniquement destiné aux malades mentaux.[27] Mais l'établissement qui démontre réellement l'importance des maladies mentales au Maroc au 13<sup>ème</sup> siècle est sans doute le mâristân de Sidi Fredj, qui comprenait à l'époque un étage pour les femmes et un autre pour les hommes, et où l'équipe médicale était composée de médecins, infirmiers, pharmaciens, et musiciens, tous dédiés au bien-être des malades .Ce mâristân a d'ailleurs probablement servi de modèle pour la construction du premier hôpital psychiatrique dans le monde occidental.[28][29]

Mais le Maroc, à l'image de l'Andalousie, entra dans une période sombre. La médecine sombra dans le déclin et les malades mentaux seront dévolus aux marabouts et charlatans. Le flambeau de la médecine s'éteignit dans les pays arabes, mais la flamme aurait brillé ailleurs. [25]

Affaibli par les guerres, les famines et les épidémies, le royaume devint rapidement une proie de prédilection pour différents pays européens, principalement la France, dont le Protectorat aurait participé paradoxalement à au développement de la psychiatrie au Maroc.

## **1.2. Période du protectorat : Naissance de la psychiatrie moderne au Maroc**

Au début du XXème siècle, le Maroc était très affaibli sur le plan socio-économique et au bord d'une crise politique. Les mâristâns n'étaient plus que des bâtiments délabrés et insalubres, et les conditions du séjour y étaient totalement déplorables. Au début du XXème siècle, il n'y avait aucun établissement moderne pour malades mentaux, ni d'ailleurs pour d'autres types de malades.

La pénétration étrangère au Maroc par le biais du Protectorat aura permis la réinitiation de l'assistance médicale et notamment psychiatrique. Ce constat ne signifie pas pour autant l'absence totale de la prise en charge des malades : il existait à l'époque une prise en charge traditionnelle qui reposait sur la charité et le soutien social.

La psychiatrie marocaine fut développée sous le protectorat par deux éminents psychiatres français : Lwoff et Sérieux, qui avaient pour mission de faire un état des lieux et faire un plan d'action pour l'amélioration de la santé mentale. [25] Ils furent également amenés à proposer des alternatives pour améliorer le sort des aliénés. Ils trouvèrent des mâtistâns en piteux état, sans supervision médicale où des mendiants, des fiévreux, des contagieux, et des aliénés se trouvaient tous entassés dans le même établissement. Les malades y étaient souvent attachés et maltraités.[30]

Ils présentèrent le projet tel un retour à la tradition islamique en rappelant les mérites des médecins arabes afin de le faire accepter par les oulémas et ne point nuire à l'image de leur projet de pacification.

Ils avaient comme principale préoccupation, non pas la proposition d'un projet pour la mise en place d'une psychiatrie structurée, mais la compréhension de la pathologie indigène sans heurter les mentalités ni aller à l'encontre des coutumes.[25]

Progressivement, une rupture progressive se fit avec le champ des croyances magiques, mais de ce fait, transposa les soins qui devenaient attenants d'une seconde culture.[25]

Ainsi, l'humanisation qui fut tant prônée au début allait aboutir plus tard à la disparition pure et simple des mâristâns et à leur remplacement par des asiles psychiatriques bâtis sur modèle purement occidental.[25]

Le premier hôpital psychiatrique fut construit à Berrechid, mais il n'avait qu'un quartier réservé aux maladies mentales et exclusivement dédié aux Français. Ce n'est qu'en 1963 que l'hôpital fut érigé par un dahir en hôpital neuropsychiatrique où furent traités marocains et étrangers au même titre.

Il est important de noter que les malades subissaient une double aliénation et ségrégation. Exclus de la société à cause de leur folie, ils étaient aussi séparés en fonction de leur race et de leur religion avec un statut et un régime différents. En 1956, année de l'indépendance, il n'y avait aucun psychiatre marocain formé.[31]

De ce fait, la psychiatrie française aura marqué pendant des décennies l'organisation de l'assistance psychiatrique au Maroc.[31]

### **1.3. Après l'indépendance : Des débuts difficiles**

A l'aube de l'indépendance, les pouvoirs publics auront été confrontés à l'insuffisance des moyens, tant matériels qu'humains de l'administration de la santé publique. Par ailleurs, il n'y avait pas de cadre juridique réglementant le traitement et la protection des malades mentaux. Il leur était appliqué l'esprit des lois françaises, ainsi que les législations traditionnelles locales.[32]

En effet, en dépit de l'ampleur du développement produit dans le domaine psychiatrique suite à son introduction au niveau de notre royaume par le système de

protectorat français et sa progression suivant son cheminement au niveau de la réglementation des prises en charge.

Il était donc urgent de placer un système sanitaire moderne capable de répondre de manière adéquate aux besoins de la population marocaine en matière de santé mentale.

Le 1<sup>er</sup> Dahir concernant la maladie mentale fut promulguée en 1959, et fit office de feuille de route de la psychiatrie au Maroc postcolonial.[33] Il est d'une importance capitale. Il désigne les organismes chargés de la prévention et du traitement des maladies mentales et de la protection des malades mentaux. Il fixe les modalités de l'hospitalisation et de la mise en observation, et de la surveillance médicale hors des services psychiatriques. Il instaure les mesures de contrôle pendant l'hospitalisation, la mise en observation et la surveillance médicale ainsi que les voies de recours. Il réglemente la protection des biens des malades mentaux et les dispositions particulières aux placements judiciaires. [31]

Toutefois, l'application à la lettre des articles relatifs à ce dahir reste limitée du fait du manque de moyens humains et financiers.

Associant à cela l'absence d'une politique de santé mentale préalable et prévoyant des projets structurés et déterminés au court, moyen et long terme, ils aboutirent inéluctablement à une stagnation de la situation de l'assistance psychiatrique emboitant alors le pas au développement souhaité.

Le dahir de 1959 ne fut que le début d'une succession de rapports, programmes et législations qui contribueront plus tard à la promotion de la psychiatrie, les plus importants sont :

- 1963** : Création de l'hôpital psychiatrique Arrazi en plein centre de Salé.
- 1972** : Rapport du Pr Chkili sur la situation de l'assistance psychiatrique au Maroc.
- 1974** : Circulaire pour décentraliser et désinstitutionnaliser la psychiatrie.[34]
- 1990** : Création de la Commission de la Santé Mentale.
- 1991** : Création du Comité technique pour la Santé Mentale et le Comité Technique de Prévention des Toxicomanes.
- 1992** : Création d'un Centre médico-psychologique à Rabat.
- 1993** : Elaboration du Programme National pour la santé mentale.
- 2000** : Création du Centre National de Prévention et Recherche e Toxicomanie.

## **2. Etatdes lieux actuel**

### **2.1. Chiffres et statistiques : Infrastructures et ressources humaines**

Dans le Maroc d'aujourd'hui, la santé mentale est toujours en grande difficulté. Malgré les efforts déployés par les pouvoirs publics au cours des dernières décennies, les ressources humaines et matérielles restent insuffisantes, l'accès au traitement limité, et les structures hospitalières loin des 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, avec un taux de troubles psychotiques s'élevant à 5,6% (1% de schizophrénie, ce qui concorde avec la prévalence mondiale de la schizophrénie).[35][2]

En matière d'infrastructure, l'offre de soins est assurée par cinq centres psychiatriques universitaires, cinq hôpitaux régionaux spécialisés en psychiatrie, et 20 services de psychiatrie intégrés dans les hôpitaux généraux, avec une capacité litière nationale de 2115.[36]

Le secteur de la santé mentale souffre d'une pénurie en ressources humaines spécialisées en santé mentale, celle-ci est aggravée par le vieillissement du personnel soignant et le non remplacement du personnel partant en retraite.

**Table 1: Répartition des ressources humaines de santé mentale par spécialité, 2012, Maroc[36]**

<b>Professionnels par catégories</b>	<b>Effectif</b>
Psychiatres du secteur Public	120
Psychiatres du secteur Privé	124
Médecins résidents en psychiatrie	118
Infirmiers spécialisés en psychiatrie	569
Infirmiers non spécialisés en psychiatrie, en fonction dans le secteur de santé mentale	150
Psychologues	19
Assistantes sociales	11

La densité litière psychiatrique est de 6,34 lits pour 100 000 habitants (contre 8,4 au niveau mondial). 35% des lits d'hospitalisation sont concentrés sur l'axe Casa-Rabat (Région de Casablanca, Rabat et Chaouia-Ouardighia).

Il faut noter que :

- 1/3 des lits (soit 720 lits) sont concentrés dans l'axe Casablanca-Rabat.
- 1/5 des lits (385 lits) se trouvent au niveau de la région de Marrakech-Tensift-Al Hawz
- Il n'existe que 25 lits dans la région de Layoune-Boujdour-Sakia Al Hamra
- Deux régions sont dépourvues de structures : Oued Eddahab-Lagouira et Guelmim-Essmara.[36]

L'activité du secteur privé, concentrée en milieu urbain, est axée essentiellement sur les soins curatifs réalisés dans les cabinets de consultations s'élevant au nombre de 80, concentrés principalement dans les grandes villes du Maroc, surtout au niveau de l'axe Casa-Rabat.

Concernant la pédopsychiatrie, une entité de consultation à l'hôpital Ibn Rochd à Casablanca vit le jour en 2009, suivie d'une unité pareille à l'hôpital Arrazi de Salé. Pour les enfants autistes et handicapés mentaux, il existe des 7 institutions destinées à leur prise en charge gérées directement par des ONG, des fondations et des privés.

En matière de prise en charge de la toxicomanie, deux centres ont été créés en 2009 :

- Centre médico-psychologique Ambulatoire de Prévention et Prise en Charge des Toxicomanes avec disposition de réduction de VIH à Tanger.

- Centre médico-psychologique Résidentiel de Prévention et Traitement des Toxicomanes au sein de l'hôpital Arrazi.

A part un centre de géronto-psychiatrie récemment créé à l'hôpital Arrazi en 2013, aucune structure de ce genre n'existe encore au Maroc.[32]

## **2.2. Actions et programmes nationaux :**

Les résultats alarmants des enquêtes poussèrent le ministère de la santé à établir un plan d'action pour promouvoir la psychiatrie en changeant de politique et en se focalisant sur deux chantiers d'action majeurs : d'abord une réforme hospitalière visant à l'amélioration des soins, puis la mise en place d'un régime de couverture médicale généralisée.

En effet, dans un rapport élaboré par la CNDH en 2012 (Conseil national des droits de l'Homme), des constatations sont établies après des visites effectuées aux différents établissements et services hospitaliers spécialisés dans la prise en charge des troubles mentaux et des entretiens avec les différents responsables et acteurs du secteur de la santé mentale. Les conclusions évoquent un mode de gestion inadapté, une répartition géographique inégale, des structures insuffisantes et inadéquates en termes de normes, et une faible capacité litière. Il est également question de pénurie de personnel spécialisé en psychiatrie et la non disponibilité des médicaments de nouvelle génération.[37]

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 .[35]

Ces chiffres ont vite fait d'alarmer les autorités concernées, et la santé mentale est désormais une priorité du ministère de la santé dans le royaume. Malgré le fait d'avoir été confronté à de nombreuses contraintes et aux priorités de santé publique à un pays en voie de développement, le Maroc a fait, au cours des dernières décennies, d'énormes progrès en matière de santé mentale.

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, le ministère de la santé adopte un éventail impressionnant d'actions dans sa stratégie 2012-2016.

- **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 public, 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[38]

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[39] intitulé : Initiative KARAMA.

Cette initiative a été lancée 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.

En vue de la mise en place de cette initiative, le Ministère de la Santé a mobilisé des moyens importants dont 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 Dirhamsa** été réservée pour l'achat de médicaments psychotropes et à visée somatique, ainsi que pour la mobilisation de plus

de **60 ambulances** pour le transfert des patients de leurs lieux de résidence du site « Bouya Omar » vers les hôpitaux et les structures sociales au niveau des régions et provinces d'où ils proviennent.

Cette initiative a permis de « libérer » 825 malades dont 588 ont été transférés aux différentes structures psychiatriques du royaume, 174 récupérés par leurs familles, 5 perdus de vue, et 14 décédés. [40]

Néanmoins, malgré les efforts des autorités publiques pour promouvoir le secteur de la santé mentale, l'application à la lettre des articles du Dahir de 1959 reste limitée en raison de l'insuffisance des infrastructures ainsi que des ressources humaines. Afin de pallier à cette situation, un projet de loi régissant la prise en charge des malades mentaux est en cours.

### **2.3. Société civile et santé mentale**

La société civile marocaine a toujours été un partenaire de poids dans le secteur de la santé au Maroc. Caravanes médicales, campagnes de sensibilisations, collecte de dons, les associations ne ménagent pas d'effort pour promouvoir la santé dans le pays.

En matière de santé mentale, les chiffres sont en constante croissance, quoique encore modestes, les troubles mentaux étant encore tabous dans un pays comme le Maroc. Il existe trois catégories d'associations dans le royaume :

- **Les associations des familles des malades mentaux** jouent un rôle primordial dans la sensibilisation de la société à la pathologie mentale et dans le renforcement du processus de traitement. Elles cherchent à assurer la continuité et l'efficacité du

traitement en dehors de l'hôpital, mais sont dans une lutte quotidienne et directe avec toutes sortes de problèmes soulevés par la maladie et ses multiples conséquences. On cite comme exemple : Association AMALI : Association Appui, Lien, Initiation des familles des personnes souffrant de troubles psychiques,[9] Association AL OUMNIA des parents et des amis des malades mentaux à Casablanca et Association AL BALSAM des parents et amis des personnes en souffrance psychique à Rabat.

- **Les associations des usagers de la psychiatrie** : une première association de ce type vient de se constituer à Casablanca et revêt une grande importance, aussi bien pour les usagers eux-mêmes et la défense de leurs droits, que pour la société plus à même de comprendre les problèmes liés à la psychiatrie. On cite comme exemple : Association Chams de Tensift pour la Santé Mentale [41]
- **Les associations des praticiens**, cette catégorie qui comprend quatre sortes d'associations.
- **La Société marocaine de psychiatrie**, société savante qui se concentre sur la recherche scientifique et la diffusion des nouvelles connaissances et conceptions en matière de psychiatrie et de santé mentale.
- **L'Association marocaine des psychiatres d'exercice privé** qui rassemble les médecins psychiatres du secteur privé.
- **L'Association des médecins psychiatres du secteur public** qui regroupe tous les psychiatres du secteur public quelle que soit la nature de l'établissement où ils exercent ; la société marocaine de pédopsychiatrie et professions associées, qui a pour objectif principal de développer la psychiatrie infanto-juvénile en tant

qu'entité à part entière et d'accorder à l'enfance et à l'adolescence l'intérêt qu'elles méritent.

- **L'Association des infirmiers en santé mentale** qui a pour objectif de contribuer à la promotion de la santé mentale et au tissage de liens entre ses membres et toute personne physique ou morale intéressée par la santé mentale.[37]

### **3. Représentations de la maladie mentale au Maroc et perspectives magico-religieuses**

#### **3.1. Conception de la maladie mentale dans la religion musulmane**

Les liens entre le domaine du sacré et la santé mentale sont fréquemment décrits dans la religion musulmane, tant les relations entre ces deux entités sont complexes et historiquement imbriquées. Il est intéressant de constater qu'au cours de l'histoire, l'abord de la maladie mentale et ses représentations dans la médecine arabo-musulmane ont oscillé, au fil des siècles, entre des conceptions magiques, religieuses et scientifiques, notamment sous l'influence de phénomènes économiques. [42] Ainsi, dans la culture musulmane, il est difficile d'aborder la santé mentale sans évoquer le domaine religieux, que ce soit pour expliquer, traiter ou considérer un trouble psychique.

Les conceptions islamiques historiques de la maladie mentale peuvent être divisées en trois catégories : a) concepts théorique développés par les philosophes musulmans, les chefs religieux et les savants ; b) positions basées sur le Coran et la

tradition prophétique (hadith) ; c) les convictions personnelles des individus et des groupes dans les sociétés musulmanes et traditionnelle.

La conception traditionnelle islamique de la maladie mentale affirme que tout dysfonctionnement mental ou comportemental a une origine psycho-spirituelle. L'explication de ce qui constitue un dysfonctionnement reste vague, et a changé au cours du temps selon les contextes sociaux et culturels. « Les affections du cœur » ou « Les maladies du cœur » ( en arabe *amrad al-qalb*) sont les termes généralement utilisés en Islam pour décrire les maladies de nature psycho-spirituelle. En raison des convictions fondamentales à propos de la prédestination et en la nature omnipotente et transcendante de Dieu, les musulmans ont tendance à considérer les désordres psychologiques comme un test divin, une volonté divine, et une sorte de châtement pour un péché.[43][44][45]

Les interprétations psycho-spirituelles de la maladie mentale dans la tradition musulmane ressemblent peu aux problèmes actuellement catégorisés comme maladies mentales dans les textes occidentaux contemporains. Néanmoins, les « états » de la maladie décrits dans les textes islamiques, ont souvent mené à des symptômes que beaucoup d'entre nous reconnaissent aujourd'hui, des symptômes tels que l'obsession, l'anxiété, les délires, les hallucinations et l'hypochondrie.[43][44][45]

Historiquement, les musulmans ont considéré les comportements immoraux ou la faiblesse de la foi comme origine de ces symptômes. Les résultats des recherches contemporaines sur la maladie mentale dans les pays à prédominance musulmane continuent de soutenir un modèle multidimensionnel par lequel la maladie mentale est considérée avoir des causes, biologiques, sociale et surtout supranaturelles. Ceci en

prenant en compte que le modèle traditionnel continue de dominer dans plusieurs populations musulmanes[46][47][48][49]

Les différents travaux sur le sujet des représentations de la maladie mentale dans les pays musulmans résultent pour la plupart de l'expérience des cliniciens qui, à partir de leur pratique, élaborent des hypothèses au sujet des liens entre santé mentale, culture musulmane et pratique de la religion. [50][51] Il est également souvent fait mention de recours aux soins dits « religieux » ou « traditionnels » chez ces patients. Ainsi, dans cette littérature, le postulat d'une différence de représentation de la maladie mentale sous l'influence de la pratique de la religion musulmane semble acquis.

Cependant, malgré l'intérêt de ces données cliniques subjectives, il existe peu de données dites « objectives » sur le sujet. Ainsi, les représentations actuelles de cette population de confession musulmane autour de la santé mentale apparaissent peu documentées dans la littérature bien que nous y soyons fréquemment confrontés dans notre pratique clinique quotidienne par la rencontre avec des patients d'horizons variés.

### **3.1. Le surnaturel dans la maladie mentale : Djinns, mauvais œil et marabouts**

Pour les musulmans, les modèles d'explication des causes des maladies, en particulier en relation avec les désordres psychiatriques, ne sont pas toujours orientés vers le médical.[52] Par exemple, en utilisant un modèle d'étude ethnographique, Dein et ses collègues [53] ont découvert que la croyance dans la possession par les

Djinns était commune lors de stress psychologiques parmi les Bangladais de Londres surtout quand ils expérimentent des symptômes physiques inexplicables.

Par conséquent, dans les pays musulmans, il est commun que les thérapeutes traditionnels soient le premier recours pour les individus qui attribuent les symptômes des maladies mentales aux afflictions par les Djinns. [54]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, le désarroi des familles pour assimiler ces manifestations bizarres est facilement compréhensible, d'où la référence à des représentations invisibles et magico-religieuses.[55]

Les thérapeutes traditionnels utilisent un éventail d'interventions religieuses pour traiter les afflictions par les djinns, l'intervention la plus utilisée étant la *ruqya*(chercher refuge auprès d'Allah en récitant certains versets du Coran), ainsi que *Dikr* (rappel d'Allah). [56]Par ailleurs, Al-habeeb a rapporté 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 mélangé à du papier sur lequel sont écrits des versets coraniques spécifiques.[57]

### **3.2. La maladie mentale : stigmatisante et stigmatisée**

La schizophrénie, et la maladie mentale en général, continue d'être l'une des maladies les plus stigmatisantes en médecine. Les patients psychiatriques rapportent que la stigmatisation a un effet émotionnel et psychologique dévastateur. [10]Parmi les définitions de la stigmatisation, l'une est la dévaluation d'une personne à cause d'un

attribut personnel, qui peut mener à une expérience de honte, de disgrâce et d'isolation sociale.[58]

De ce fait, les gens atteints de maladie mentale doivent relever deux défis : d'une part ils doivent lutter contre les symptômes et les handicaps dus à la maladie, d'une autre part, ils doivent faire face aux stéréotypes et préjugés qui sont le résultat de fausses conceptions sur la maladie mentale. Ainsi, les malades psychiatriques sont privés de plusieurs opportunités qui définissent la qualité de vie : bons emplois, logement sûr, une couverture sanitaire satisfaisante et des relations saines avec leur entourage.[59]

L'impact de la stigmatisation est composé de deux éléments : la stigmatisation publique et l'auto-stigmatisation. La stigmatisation publique est la réaction de la population générale envers les individus atteints de maladie mentale. L'auto-stigmatisation est le préjugé que ces individus portent envers eux-mêmes. Les deux types de stigmatisation peuvent être définis par trois composants : les stéréotypes, le préjugé et la discrimination.

Les socio-psychologues considèrent les stéréotypes comme particulièrement efficaces, une sorte de structures de savoir social apprises par la plupart des membres d'un groupe social. [60][61] Les stéréotypes sont considérés « sociaux » parce qu'ils représentent des notions sur lesquels des groupes de personnes se sont convenus d'une manière collective. Ils sont « efficaces » car ils peuvent rapidement générer des impressions et des attentes de la part d'individus qui appartiennent à un groupe stéréotypé.[62]

### **3.3. Représentation de la maladie mentale au Maroc :**

Le Maroc, pays millénaire par son histoire et sa tradition, a toujours été un carrefour de civilisations de par sa situation géographique particulière et son exceptionnel melting-pot. En effet, il est fortement imprégné par son héritage berbère, sa culture arabo-musulmane et son patrimoine juif et sahraoui. A l'image de la diversité des us et coutumes, les attitudes et les approches thérapeutiques envers la maladie mentale diffèrent selon les groupes ethniques. Magie, incantations, marabouts, potions, musique spirituelle et transe collectives, notre pays possède tout un arsenal de pratiques ancestrales pour « soigner » les malades mentaux et soulager leurs souffrances.

Par ailleurs, le lien entre le surnaturel et la psychiatrie ne date pas d'hier. En effet, les marocains estimaient depuis la nuit des temps que l'origine des maladies mentales était les jinns et le mauvais œil ; le traitement était par le goudron, le sel, les amulettes, les poussières des sanctuaires et les tableaux (الجدول) de la sorcellerie. On utilisait de surcroît des anneaux d'acier autour des membres et du cou fixé au toit des chambres. [63]

Il est important de noter que la société marocaine traverse actuellement une période de transition où coexiste en même temps des attitudes et des idées compatibles avec les connaissances modernes et des comportements hérités de traditions socio-culturelles ancestrales. Cette dualité entre modernité et tradition peut se retrouver chez un même groupe social, quel que soit le niveau d'éducation et l'origine, rurale ou urbaine et parfois même on le constate chez une même personne. On peut parler par exemple du cas d'une maman médecin qui amène son fils aux urgences psychiatriques pour manifestations délirantes évoquant probablement une schizophrénie débutante,

qui, deux jours après, fait venir des guérisseurs à son domicile pour éliminer une origine non médicale de la maladie de son fils.[55]

La « tradithérapie » occupe encore une place très importante dans le réseau de soins du royaume. En effet, quoique leurs pratiques soient mal connues, voire illégales, plus de la moitié des patients souffrant de troubles psychiatriques les consulteront à un moment ou un autre de leur maladie.[32] Il semblerait même que les thérapeutes traditionnels soient capables de fournir des soins efficaces à certaines catégories de patients.

Il faut reconnaître qu'ils présentent de nombreux avantages aux yeux de la population: ils partagent les mêmes conceptions culturelles de la pathologie (mauvais œil, ensorcellement, infraction de rituels, offense à marabout, etc.) et de ses traitements (drogues naturelles, incantations coraniques, amulettes, sacrifices d'animaux, etc.). Ils fournissent aussi une plus grande disponibilité et écoute et des explications plus socialement et culturellement « compréhensibles ». Enfin, ils impliquent systématiquement la famille qui est partie prenante de la consultation et de la prise en charge. Il faut aussi souligner qu'ils savent souvent référer à bon escient les patients nécessitant un traitement psychiatrique ! [32]

Le domaine de la maladie mentale au Maroc est caractérisé par une approche plurielle, associant la prise en charge psychiatrique au réseau de soin informel. Dans de nombreux cas, le marabout joue le rôle du psychiatre.[32] Les marocains préfèrent dans de nombreux cas emmener leurs proches voir les « saints » comme premier recours plutôt que de les emmener dans un hôpital souvent pour des raisons financières.

L'exemple le plus célèbre au Maroc est celui de *Bouya Omar* à *KalâatSeraghna*, dans la région de *Marrakech*, dont la « baraka » était particulièrement réputée pour soigner les maladies mentales, jusqu'à ce que le ministère de la santé ne mette complètement fin à ce site dans le cadre de l'Initiative « KARAMA ».

Enfin, dans le Maroc du 21<sup>ème</sup> siècle, les marocains font confiance à la médecine moderne, mais l'apparition de manifestations psychotiques chez un jeune est une épreuve qui déstabilise la famille et ses capacités de rationalisation concernant cette maladie, préférant se réfugier dans les conceptions magiques et irrationnelles, dans une tentative de refus et de négation de la maladie mentale. [55]Ainsi, dû à l'image encore très négative de la maladie mentale et de la schizophrénie, les thérapies traditionnelles continueront de coexister avec la médecine moderne, surtout dans une discipline aussi complexe que la psychiatrie. Certes, les autorités les condamnent, la religion les combat, les professionnels de la santé les défient, mais rien ne peut les faire disparaître.

Dans notre pays, malgré la politique de la priorisation de la santé mentale, les malades psychiatriques restent les malades les plus stigmatisés dans la société, leur maladie est entachée par de forts sentiments de honte et de culpabilité, et leurs familles contraintes à un fardeau de plus en plus lourd.

# MATERIEL ET METHODES

## **I. Type, période et lieu de l'étude**

### **1. Type de l'étude**

Il s'agit d'une étude prospective descriptive et analytique : une enquête sur la charge des familles de patients schizophrènes. Les questions ont été posées aux participants en face à face.

### **2. Période de l'étude**

L'étude s'est étalée sur une période de trois mois et demi, entre le mois de Décembre 2015 au mois de Mars 2016.

### **3. Lieu de l'étude**

L'enquête a été réalisée auprès des familles de malades hospitalisés au service des Urgences Psychiatriques de l'hôpital Arrazi à Salé, ainsi qu'au sein des services ouverts Hommes et Femmes au sein du même hôpital.

Le choix de ce site a été motivé principalement par le souci d'avoir un échantillon plus ou moins représentatif de la société marocaine vu qu'il est ouvert au public.

#### **4. Mode d'administration**

Le questionnaire a été administré aux membres de la famille en arabe dialectal, par un seul enquêteur qui cochait lui-même les réponses (hétéroquestionnaire).

#### **5. Considérations éthiques**

Le recueil des données a été effectué avec le respect de l'anonymat des patients et de la confidentialité des informations.

## **II. Les sujets**

Les participants étaient au nombre total de 150. Chaque participant était un membre de la famille d'un patient schizophrène.

### **Critères d'inclusion :**

- Le diagnostic de schizophrénie doit avoir été établi par un psychiatre.
- La durée de l'évolution de la maladie après le diagnostic doit être de 6 mois ou plus (*Cela veut dire six mois minimum entre le diagnostic et l'enquête.*)
- Le membre de la famille participant doit être le principal ou parmi les principaux aidants familiaux.

*(Ceci définit la personne activement impliquée dans la prise en charge du patient, c'est-à-dire, le membre de la famille qui s'occupe de ses besoins quotidiens, supervise son traitement, l'amène à l'hôpital, et qui est en contact avec l'équipe médicale traitante.)*

### **III. Le questionnaire**

Nous avons utilisé un hétéro-questionnaire administré en arabe dialectal qui comprend **59 questions (items)** réparties en **6 sections** :

- Données sociodémographiques du patient et du participant
- Caractéristiques cliniques du patient
- Connaissances de la famille sur la schizophrénie
- Médecine moderne et médecine traditionnelle
- Charge objective de la schizophrénie/ Satisfaction de la famille du système de santé mentale.

Il est nécessaire de préciser que les questions en italique sont des questions utilisées pour expliquer les items principaux au participant si cela s'avère nécessaire.

#### **1. Données sociodémographiques du patient et du participant**

**13** questions recueillant les informations suivantes :

**Patient : 6 questions.**

- a. Sexe
- b. Age
- c. Statut civil
- d. Niveau d'éducation
- e. Situation professionnelle
- f. Type de couverture sociale.

**Participant : 7 questions.**

- g. Sexe
- h. Age
- i. Statut civil
- j. Niveau d'éducation
- k. Situation professionnelle
- l. Revenu mensuel de la famille
- m. Lien de parenté.

**2. Données cliniques du patient**

5 questions recueillant les informations suivantes :

- a. Age lors du diagnostic
- b. Durée de la maladie : Du diagnostic au jour de l'enquête
- c. Nombre d'hospitalisations : jusqu'au jour de l'enquête
- d. Prise médicamenteuse (relative à la schizophrénie) au moment de l'enquête
- e. Usage de substances psychoactives : Le tabac a été exclu.

**3. Connaissance sur la schizophrénie**

8 questions recueillant les informations suivantes : (concernant le membre de la famille)

- a. Connaissez-vous la maladie de votre proche ?

*La réponse « maladie mentale » est considérée comme une réponse positive, même si le proche ne mentionne pas la schizophrénie.*

b. Avez-vous déjà entendu parler de la schizophrénie ?

c. Si oui, de quelle source tenez-vous ces informations ?

i) Professionnels de la santé

ii) Médias traditionnels (télévision, la radio et les journaux)

iii) Internet

iv) Entourage

d. Est-ce que vous pensez que cette maladie est chronique ?

*Est-ce qu'elle va accompagner le malade durant toute sa vie ? Pensez-vous que c'est une maladie comme le diabète ou l'HTA en termes de chronicité ?*

e. Est-ce que vous pensez que cette maladie est curable ?

*Est-ce que le malade peut de passer de son traitement et de son suivi médical ? Est-ce que vous pensez qu'un jour la maladie disparaîtra et qu'il n'aurait plus besoin d'un suivi médical ?*

f. Est-ce que la maladie de votre proche est stabilisée sous traitement médical ?

*Est-ce que la prise médicamenteuse diminue considérablement les symptômes ?*

g. Selon vous, est ce que votre proche peut mener une vie normale ?

*Pourrait-il retravailler, se marier, avoir des enfants ?*

h. Selon vous, quelle est la cause de cette maladie ?

i) Cause biologique (*traumatisme cérébral, accouchement pathologique...*)

ii) Hérité/événement traumatique (*décès d'un proche, agression sexuelle, échec scolaire ou professionnel...*)

- iii) Causes surnaturelles (*sorcellerie, djinns...*)
- iv) Usage de substances
- v) Autres (*champ ouvert*)

#### **4. Médecine moderne et médecine traditionnelle**

Comprend 6 questions :

a. Lors de l'apparition des premiers symptômes, quel était votre premier recours ?

*Le participant doit mentionner la première aide externe sollicitée.*

- i) Consulter un médecin
- ii) Consulter un thérapeute traditionnel.

b. Si vous avez consulté un médecin en premier recours, lequel ?

- i) Généraliste
- ii) Psychiatre
- iii) Autres (*psychologue, neurologue...*)

c. Avez-vous déjà associé les deux méthodes ?

*Les deux méthodes étant la médecine moderne et la thérapie traditionnelle.*

d. Si vous avez déjà eu recours à la thérapie traditionnelle, laquelle ?

- i) Talismans
- ii) Visite de saints (*marabouts*)
- iii) Lecture de coran
- iv) Exorcisme par usage de violence
- v) Potions et herbes médicinales

e. Pensez-vous que la thérapie traditionnelle est efficace ?

*Est-ce que vous avez remarqué une amélioration de l'état du patient après une thérapie traditionnelle ? Pensez-vous qu'elle est plus efficace que la médecine moderne ?*

f. Pensez-vous que la médecine moderne est efficace ?

*Est-ce que vous avez remarqué une nette amélioration de l'état du patient sous traitement et suivi médical ? Pensez-vous que c'est la solution pour que le malade aille mieux ?*

## **5. Charge objective de la schizophrénie**

Comprend **24** questions, réparties en **6** catégories :

Nous avons utilisé pour cette section le FBIS (*cf. Discussion/Choix du questionnaire*).

Il s'agit d'un entretien semi structuré composé de **24** questions groupées dans **6** dimensions : Finances (**6** items), activités domestiques (**5**items), loisirs (**4**items), interactions familiales (**5**items), santé physique (**2**items), santé mentale (**2**items). Ces catégories représentent la charge **objective** liée à la schizophrénie.

Le format de réponse se fait selon une échelle de 0 à 2 comme suit :

- 0 : Charge nulle
- 1 : Charge modérée
- 2 : Charge sévère

La charge de chaque catégorie est ensuite obtenue en calculant la somme des scores de ses items, et le score de la charge objective globale est obtenu en calculant la somme des scores des six catégories.

Ainsi les scores de chaque catégorie varient selon les valeurs suivantes :

- Dimension financière	<b>0-12</b>
- Activités domestiques de la famille	<b>0-10</b>
- Loisirs	<b>0-8</b>
- Interactions familiales	<b>0-10</b>
- Effet sur la santé physique	<b>0-4</b>
- Effet sur la santé mentale	<b>0-4</b>
- Charge objective globale	<b>0-48</b>

### **5.1. Dimension financière :**

Comprend **6** items.

a. Perte des revenus du patient.

*Est-ce qu'il a perdu son travail ? A quel point cela affecte t'il les revenus de la famille ?*

b. Perte des revenus d'un autre membre de la famille à cause de la maladie du patient.

*Est-ce qu'un membre de la famille a dû arrêter de travailler pour s'occuper du malade ? A quel point cela affecte-t-il les revenus de la famille ?*

c. Dépenses dues à la maladie du patient et à son traitement.

*Est ce qu'il a dépensé beaucoup d'argent de façon irrationnelle à cause de sa maladie ? A combien s'élèvent les dépenses des médicaments, transports pour les*

*rendez-vous médicaux et autres accommodations ? A quel point cela affecte-t-il les revenus de la famille ?*

d. Dépenses dues à des accommodations nécessaires.

*Est-ce qu'un autre membre de la famille a dû s'installer avec le patient pour assurer des soins ? Est-ce que vous avez dû embaucher une infirmière à domicile ou une femme de ménage à cause de sa maladie ? A quel point cela affecte-t-il les revenus de la famille ?*

e. Crédits contractés ou économies dépensées.

*Est-ce que vous avez contracté un crédit ? Avez-vous puisé dans votre épargne ? Comment cela affecte-t-il les revenus de la famille ?*

f. Activité nécessitant un financement reportée à cause de la maladie du patient.

*Par exemple, avez-vous dû annuler un mariage, un voyage ou un rite religieux ? Comme cela a-t-il affecté la famille ?*

## **5.2. Activités domestiques de la famille:**

Comprend 5 items.

a. Le patient ne va plus à son travail, son école, sa faculté.

*A quel point est-ce que cela affecte la famille ?*

b. Le patient ne participe pas aux tâches domestiques de la maison.

*A quel point est-ce que cela affecte la famille ?*

c. Interruption ou arrêt des activités quotidiennes des membres de la famille.

*Est-ce qu'un membre de la famille a du abandonné une activité ou une routine quotidienne pour s'occuper du malade ? A quel point est-ce contraignant ?*

d. Interruption ou arrêt des activités à cause du comportement irrationnel du malade.

*Est-ce que le patient insiste pour qu'une personne reste avec lui, ou au contraire, sorte ? Est-ce que ça lui arrive de devenir violent, de casser des objets, d'empêcher les autres de dormir ?*

e. Négligence des autres membres de la famille à cause de la maladie du patient.

*Est-ce qu'un autre membre de la famille s'est absenté de son école ? A raté ses repas ?*

### **5.3. Loisirs**

Comprend 4 items.

a. Arrêt des activités habituelles de loisirs.

*Complètement ? Partiellement ? Pas du tout ? Quelle est la réaction des autres membres de la famille ?*

b. La maladie du patient empêche un membre de la famille de partir en vacances.

*A quel point cela est-il contraignant ?*

c. Le patient ne participe pas aux loisirs de la famille.

*A quel point cela est-il contraignant ?*

d. Annulation d'une activité de loisirs à cause du patient.

*Comme par exemple une sortie entre amis ou une réunion de famille ? Quelle est la réaction de la famille ?*

#### **5.4. Interactions familiales :**

Comprend 5 items.

a. Effet sur l'atmosphère générale à la maison.

*Est que l'ambiance est devenue lourde, silencieuse ? Est-ce qu'il y a plus de malentendus ?*

b. Disputes de la famille à cause de la maladie du patient.

*Par exemple, vous disputez vous à propos de qui doit s'occuper de lui, de la manière dont il doit être traité ?*

c. La famille et le voisinage ont arrêté de vous visiter.

*Est-ce que la famille et les voisins ont arrêté de vous rendre visite à cause du comportement du patient ou à cause de la stigmatisation liée à la maladie ? A quel point en êtes-vous affectés ?*

d. La famille est devenue isolée.

*Est-ce que vous évitez le contact avec les gens par embarras, honte ou peur de rejection ? Que ressentez-vous à cet égard ?*

e. Autres effets sur la famille ou sur la relation de la famille avec l'entourage.

*Expulsion du domicile par le propriétaire, plaintes des voisins, divorce au sein d'un couple, abandon du foyer par le père ou la mère, dégâts matériels, emprisonnement du malade ou intervention de la police.*

### **5.5. Effet sur la santé physique**

Comprend 2 items.

- a. Un membre de la famille souffre ou a souffert physiquement à cause des symptômes du patient.

*Blessures, etc. dues au comportement du patient ? Est-ce que cela l'a affecté ?*

- b. Autres effets sur la santé physique.

*Perte de poids, insomnie ou aggravation d'une maladie préexistante ?*

### **5.6. Effet sur la santé mentale**

Comprend 2 items.

- a. Un membre de la famille a déjà consulté chez un médecin pour une détresse psychologique à cause de la maladie du patient.

*A quel point est-ce que c'est grave ?*

- b. Un des membres de la famille a perdu le sommeil, est devenu déprimé, excessivement émotif.

*A-t-il exprimé des idées suicidaires, devenu excessivement irritable ?*

## **6. Familles et systèmes de santé**

Comprend 3 items.

a. Quel est le niveau de satisfaction de la communication avec le médecin psychiatre ?

- i) Satisfaisant
- ii) Peu satisfaisant
- iii) Non satisfaisant

*Est-ce que le psychiatre vous va-t-il expliqué le diagnostic, les effets secondaires du traitement, les attitudes à adopter au moment des poussées ?*

b. Quel est le niveau de satisfaction des institutions psychiatriques au Maroc ?

- i) Satisfaisant
- ii) Peu satisfaisant
- iii) Non satisfaisant

*Quel est votre avis sur les structures hospitalières dédiées à la psychiatrie ? Les conditions d'hospitalisations ? Les compétences du personnel ?*

c. Type de prise en charge de la maladie :

- i) Consultation au privé / Hospitalisation au public
- ii) Consultation au public/ Hospitalisation au public

#### **IV. Analyse des données et méthodes statistiques**

Les variables quantitatives ont été exprimées en moyenne et écart type et les qualitatives en effectif et pourcentage.

Les scores moyens ont été obtenus en calculant la moyenne des scores de tous les participants, dans chaque item, chaque catégorie, et la même chose pour la charge globale.

L'analyse univariée a été réalisée grâce au « **test t de Student** » (comparaison de deux groupes), l'analyse de variance « **Anova test** » (comparaison de plus de 2 groupes) et **la corrélation de Spearman** (liaison entre 2 variables quantitatives), le tout en utilisant le logiciel de statistiques **SPSS version 24**.

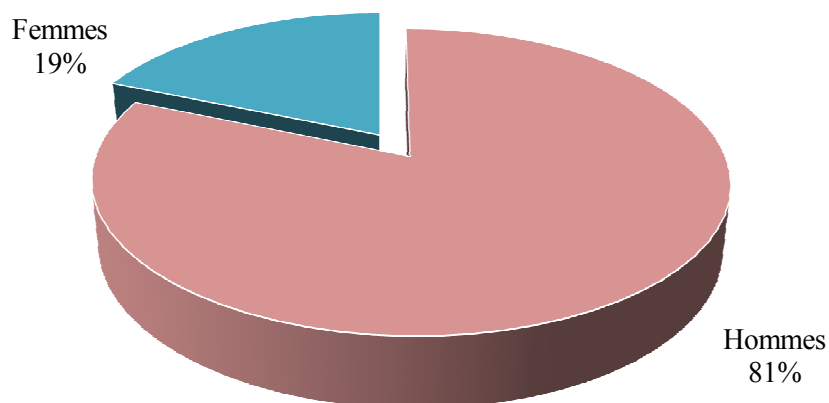
Une valeur de  $p < 0,05$  a été considérée comme significative. Une valeur de  $p < 0,0001$  a été considérée comme très significative.

# RESULTATS DESCRIPTIFS

## **I. Caractéristiques Sociodémographiques du patient**

### **1. Sexe**

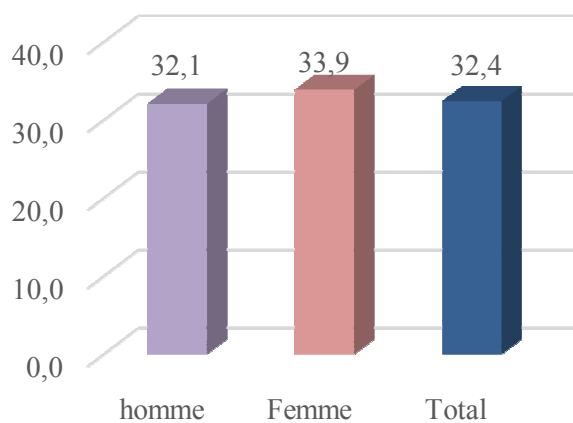
Plus de 80% des patients dans notre échantillon étaient des hommes.



**Figure 1: Répartition des patients selon le sexe**

### **2. Age**

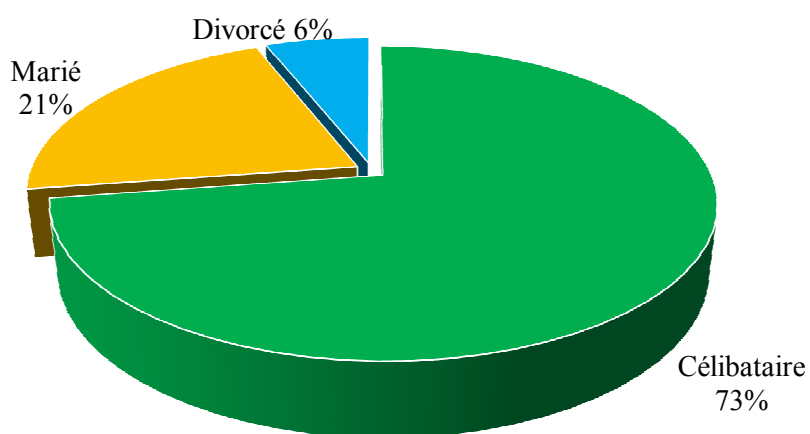
La moyenne d'âge des patients est d'environ 32,4 ans  $\pm$  10,2.



**Figure 2: La Moyenne d'âge des patients**

### **3. Statut marital**

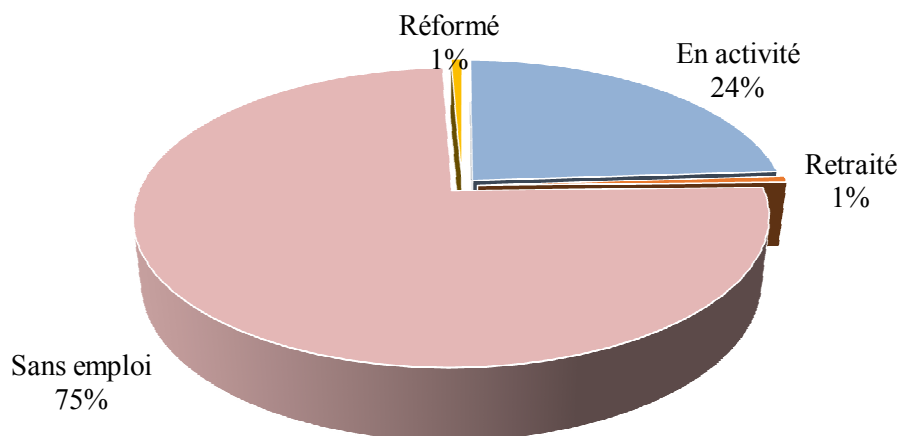
73% des patients étaient célibataires.



**Figure 3: La répartition des patients selon le statut marital**

### **4. Situation professionnelle**

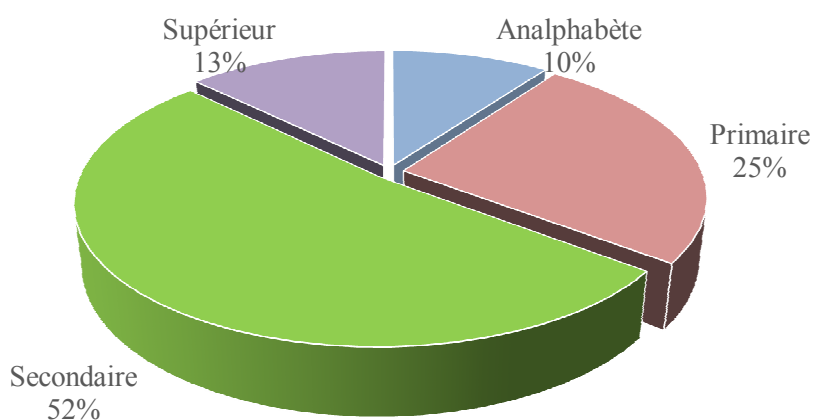
75% des patients étaient sans emploi.



**Figure 4: Répartition des patients selon la situation professionnelle**

## 5. Niveau d'éducation

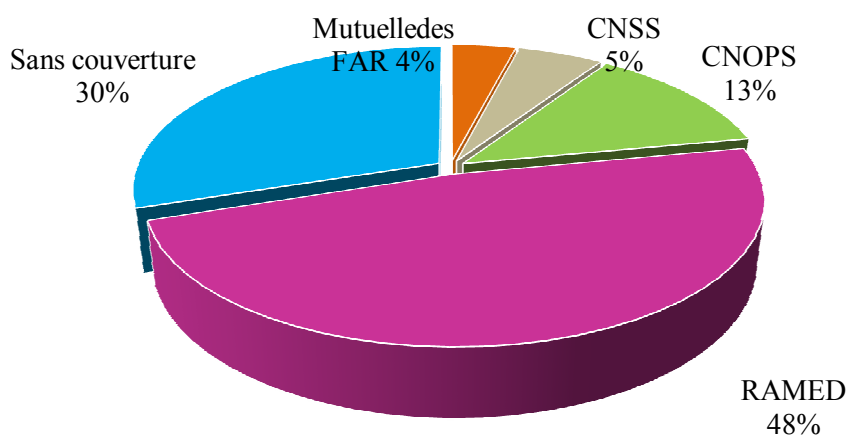
Plus de la moitié des patients avaient le niveau secondaire.



**Figure 5: Répartition des patients selon le niveau d'éducation**

## 6. Couverture sanitaire

Près de la moitié des patients bénéficiaient du RAMED (Régime d'Assistance Médicale), alors que le tiers n'avait aucune couverture sanitaire.



**Figure 6: Répartition des patients selon leur couverture sanitaire**

## II. Caractéristiques Sociodémographiques du participant

### 1. Sexe

Contrairement aux patients, la majorité des participants (aidants familiaux) étaient des femmes.

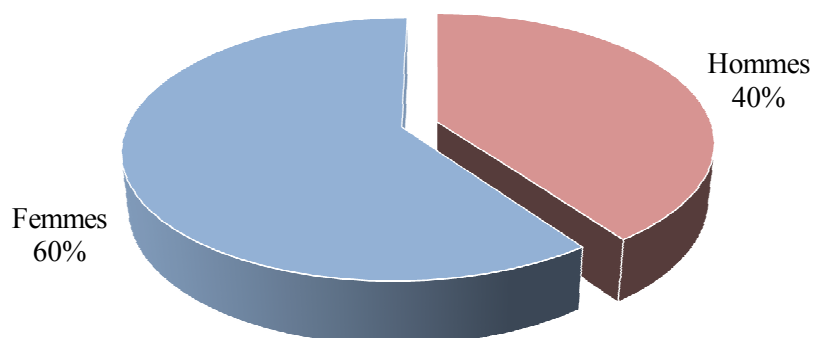


Figure 7: Répartition des participants selon le sexe

### 2. Age

La moyenne d'âge des participants était nettement supérieure à celle des patients (51,9 ans  $\pm$  12,8).

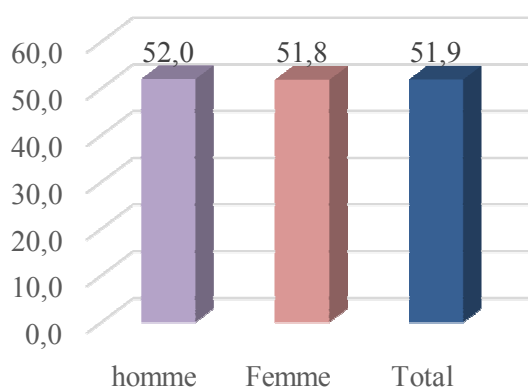
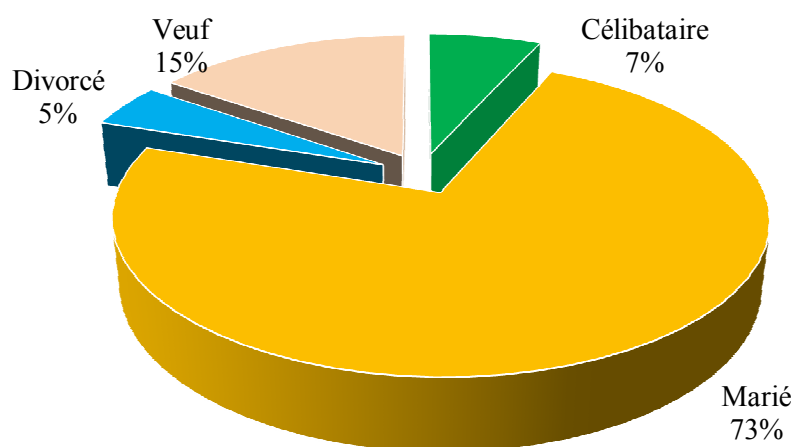


Figure 8: La moyenne d'âge des participants

### **3. Statut marital**

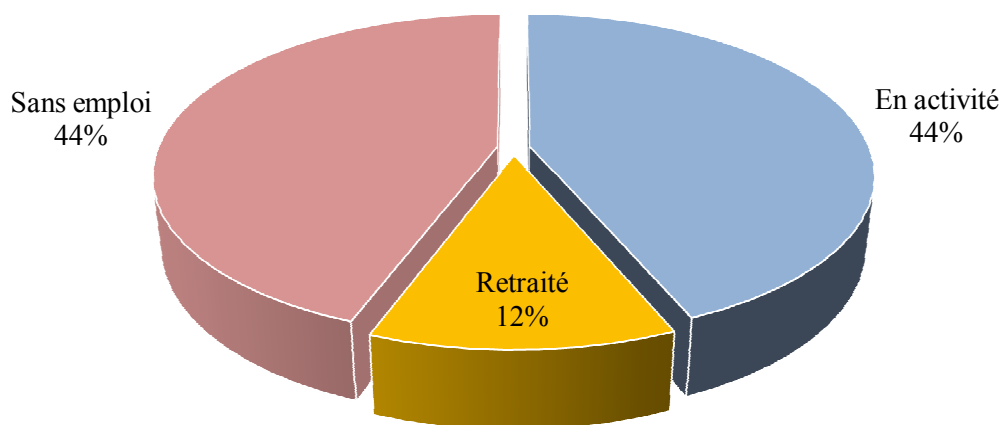
La majorité des participants étaient mariés, contrairement aux patients.



**Figure 9: Répartition des participants selon le statut marital**

### **4. Situation professionnelle**

Près de la moitié des participants étaient en activité.



**Figure 10: Répartition des participants selon leur statut professionnel**

## 5. Niveau d'éducation

Près de 40% des participants étaient analphabètes.

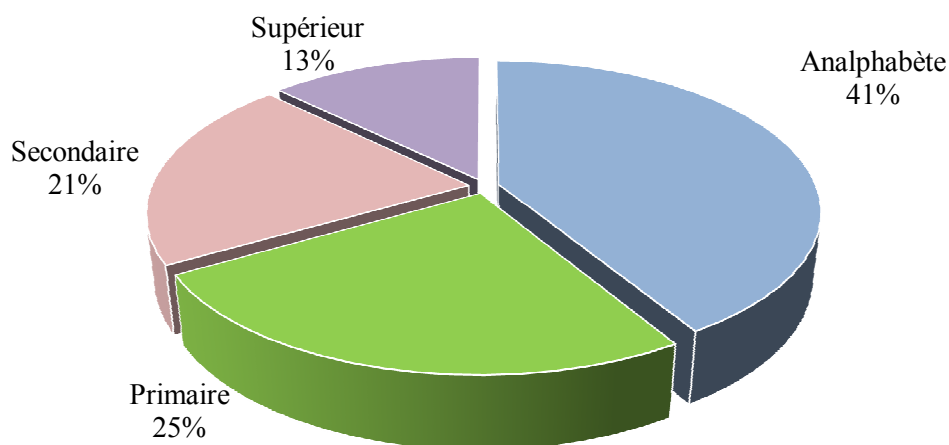


Figure 11: Répartition des participants selon le niveau d'éducation

## 6. Revenu mensuel de la famille

Les familles de bas niveau socio-économique étaient majoritaires dans notre échantillon.

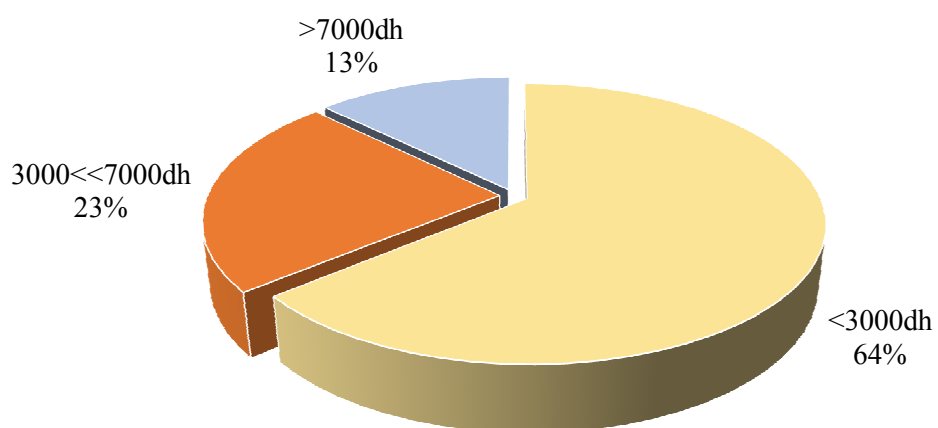
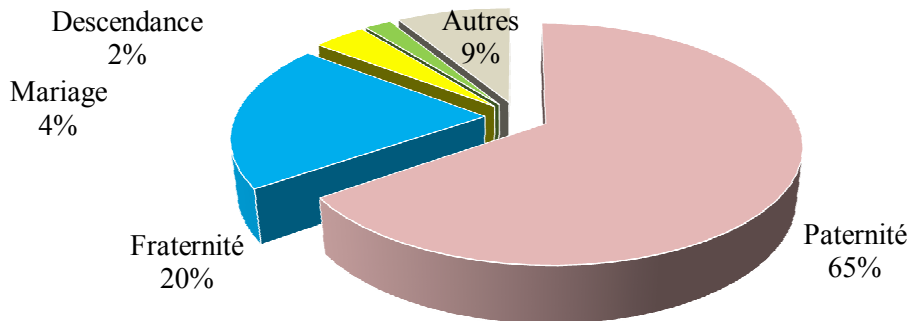


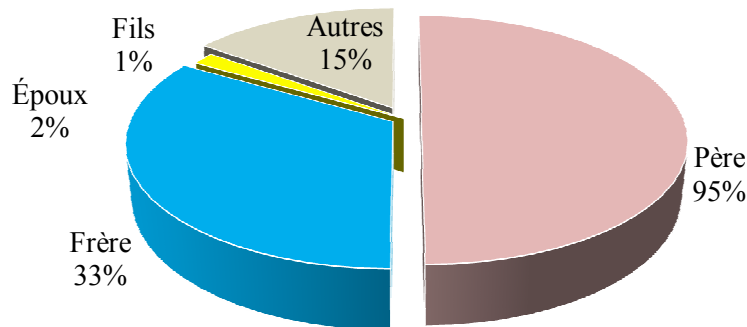
Figure 12: Répartition des participants selon le revenu mensuel

## 7. Lien de parenté avec le patient

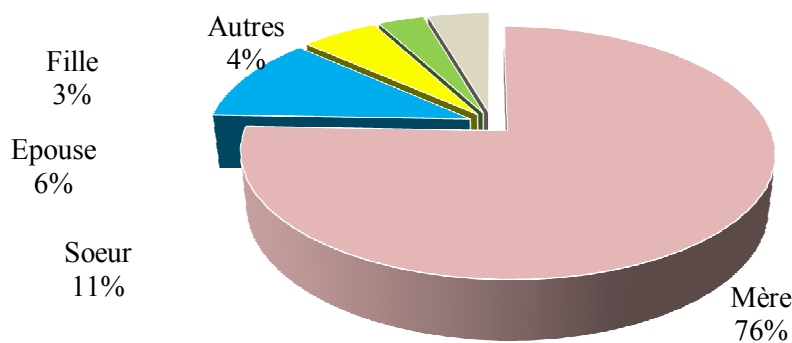
La majorité des participants étaient des parents avec une prépondérance chez les femmes.



**Figure 13: Répartition des participants selon leurs liens de parenté avec les patients**



**Figure 14: Répartition des participants de sexe masculin selon leurs liens avec les patients**



**Figure 15: Répartition des participants de sexe féminin selon leurs liens avec les patients**

### III. Caractéristiques cliniques du patient

#### 1. Age lors du diagnostic

La moyenne d'âge des participants lors du diagnostic était d'environ 22,3 ans  $\pm$  7,5.

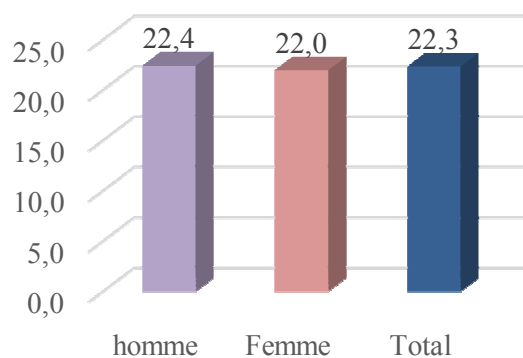


Figure 16: Moyenne d'âge des patients lors du diagnostic

#### 2. Durée de la maladie

La durée médiane de la maladie était de 8ans.

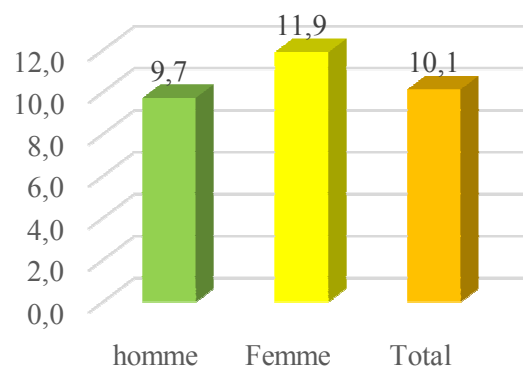
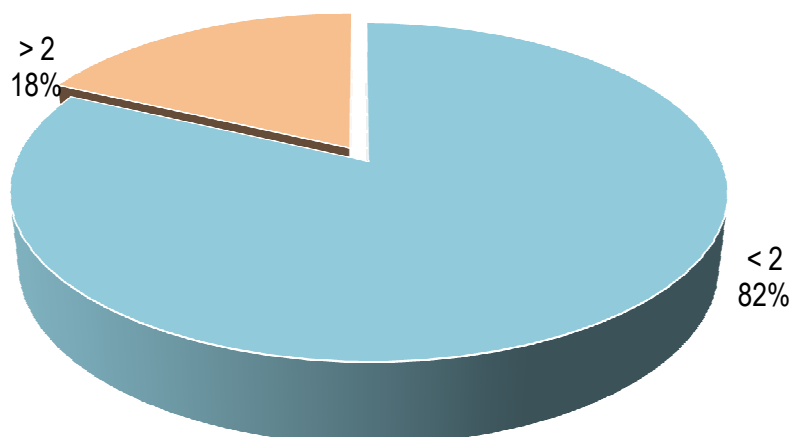


Figure 17: La durée médiane de la maladie des patients

### **3. Nombre d'hospitalisations**

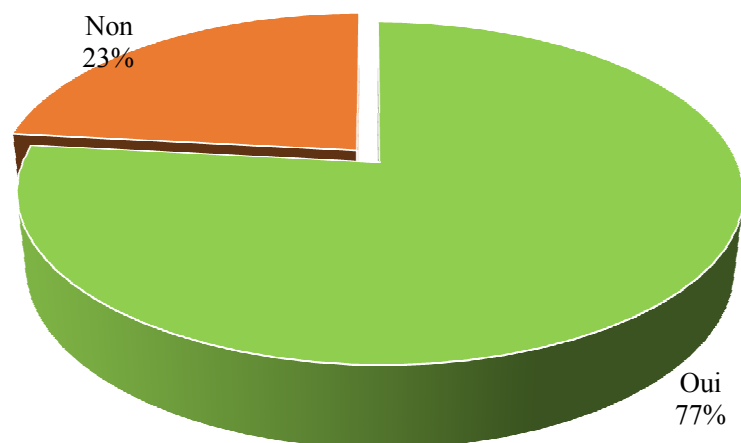
La médiane du nombre d'hospitalisation était 1 hospitalisation.



**Figure 18: Répartition des patients selon le nombre d'hospitalisations**

### **4. Traitement médical**

La majorité des patients avaient une bonne observance thérapeutique en ce qui concerne les antipsychotiques.



**Figure 19: Répartition des patients selon la prise de médicaments antipsychotiques**

## 5. Usage de substances psychoactives

L'usage de substances psychoactives (le tabac est exclu) était très répandu parmi les patients.

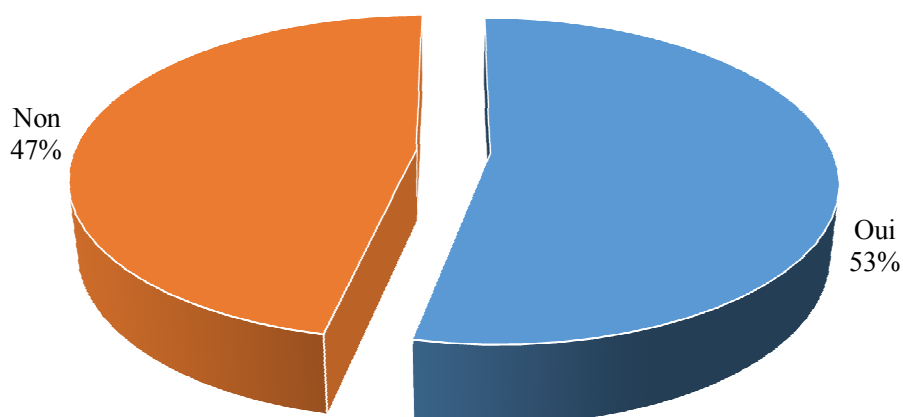


Figure 20: Répartition des patients selon l'usage de substances psychoactives

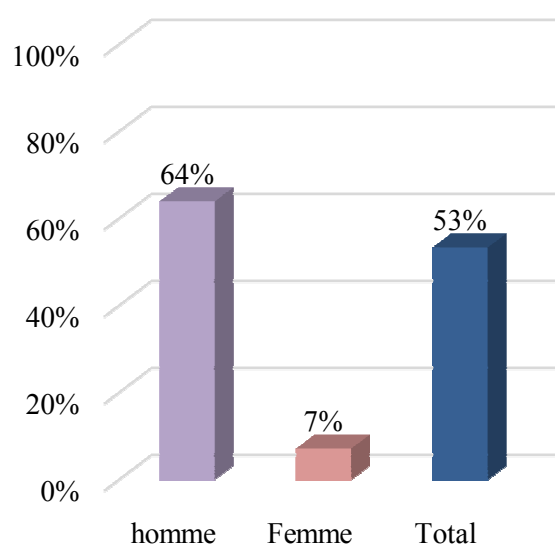


Figure 21: Répartition de l'usage de substances selon le sexe du patient

**Table 2: Tableau récapitulatif des données sociodémographiques et cliniques**

	Patient		Aidant familial	
	Nb   Moy	(%)   ±	Nb   Moy	(%)   ±
<b>Genre</b>				
Homme	122	(81%)	60	(40%)
Femme	28	(19%)	90	(60%)
<b>Âge</b>				
	32,4	± 10,1	51,9	± 12,8
<b>Statut marital</b>				
Célibataire	109	(73%)	10	(7%)
Marié	32	(21%)	110	(73%)
Divorcé	9	(6%)	7	(5%)
Veuf	0	(0%)	23	(15%)
<b>Niveau d'éducation</b>				
Analphabète	15	(10%)	62	(41%)
Primaire	38	(25%)	38	(25%)
Secondaire	78	(52%)	31	(21%)
Supérieur	19	(13%)	19	(13%)
<b>Situation professionnelle</b>				
En activité	36	(24%)	65	(43%)
Retraité	1	(1%)	18	(12%)
Sans emploi	112	(75%)	66	(44%)
Réformé	1	(1%)	1	(1%)
<b>Type de couverture médicale</b>				
Mutuelle des FAR	6	(4%)	-	-
CNSS	8	(5%)	-	-
CNOPS	19	(13%)	-	-
RAMED	72	(48%)	-	-
Sans couverture	45	(30%)	-	-
<b>Lien de parenté</b>				
Paternité	-	-	98	(65%)
Fraternité	-	-	30	(20%)
Mariage	-	-	6	(4%)
descendance	-	-	3	(2%)

## L'impact de la schizophrénie sur la famille au Maroc

Autre	-	-	13	(9%)
<b>Revenu mensuel</b>				
<3000dh	-	-	96	(64%)
3000dh<<7000dh	-	-	35	(23%)
>7000dh	-	-	19	(13%)
<b>Âge lors du diagnostic</b>				
	22,3	± 7,5	-	-
<b>Durée de la maladie</b>				
< 5 ans	60	(40%)	-	-
10 ans >> 5 ans	28	(19%)	-	-
> 10 ans	65	(43%)	-	-
<b>Nombre d'hospitalisations</b>				
< 2	123	(82%)	-	-
> 2	27	(18%)	-	-
<b>Observance thérapeutique (antipsychotiques)</b>				
	115	(77%)	-	-
<b>Usage de substances</b>				
	80	(53%)	-	-

## **IV. Connaissances des familles sur la schizophrénie**

### **1. Connaissez-vous la maladie de votre proche**

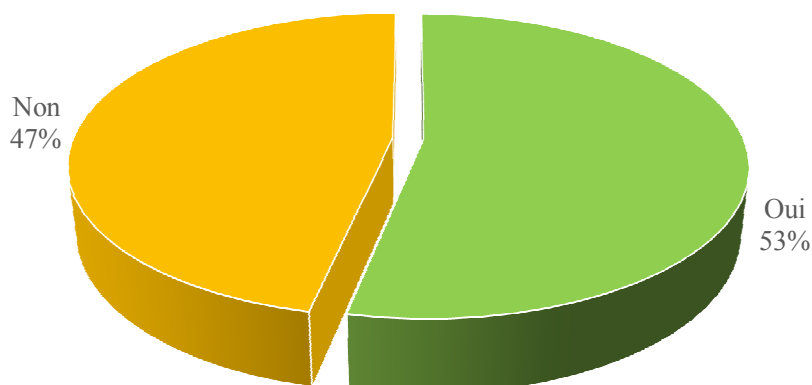
Dans notre échantillon, seulement la moitié des participants ont affirmé connaître la maladie de leur proche malade.



**Figure 22: Répartition des participants selon leur connaissance de la maladie des patients**

### **2. Avez-vous déjà entendu le terme « schizophrénie » ou son équivalent arabe**

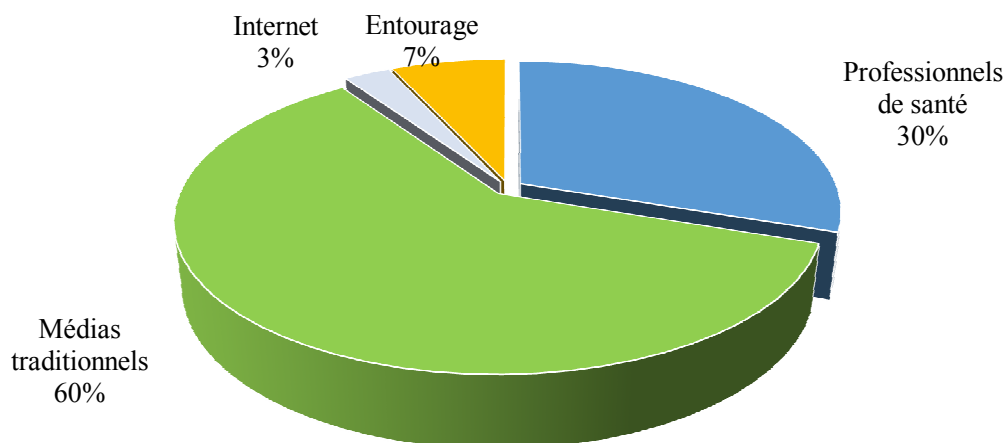
La moitié des participants n'ont jamais entendu le terme « schizophrénie ».



**Figure 23: La fréquence des participants qui ont déjà entendu le terme «schizophrénie»**

### **3. De quelle source tenez-vous des informations**

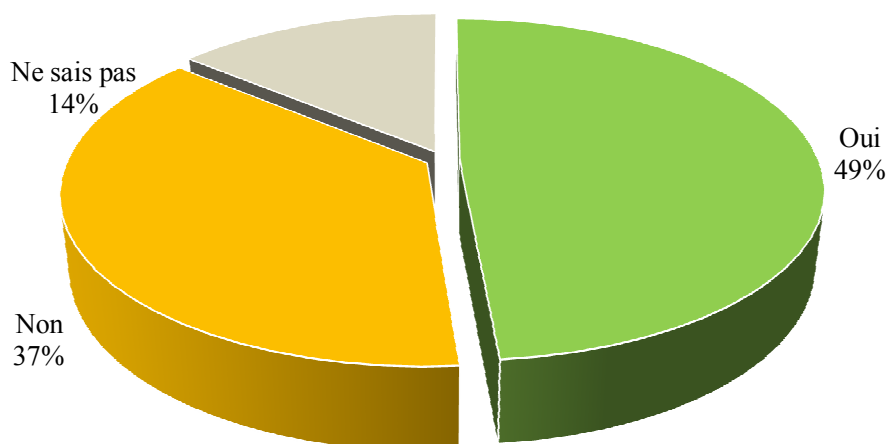
La majorité des participants ont puisé leurs informations sur la schizophrénie des médias traditionnels



**Figure 24: Les principales sources d'informations des familles sur la schizophrénie**

### **4. Pensez-vous que cette maladie est chronique**

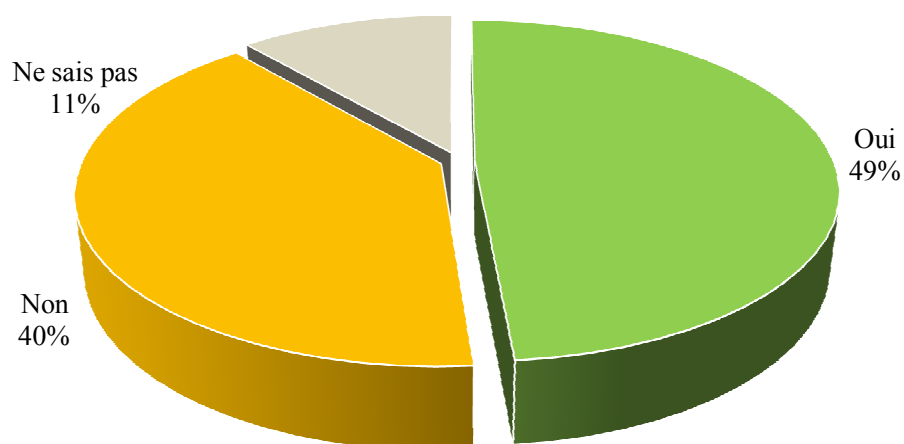
Plus du tiers des participants ne pensent pas que la schizophrénie est une maladie chronique.



**Figure 25: Fréquence des participants qui savent que la schizophrénie est une maladie chronique**

### **5. Pensez-vous que cette maladie est curable**

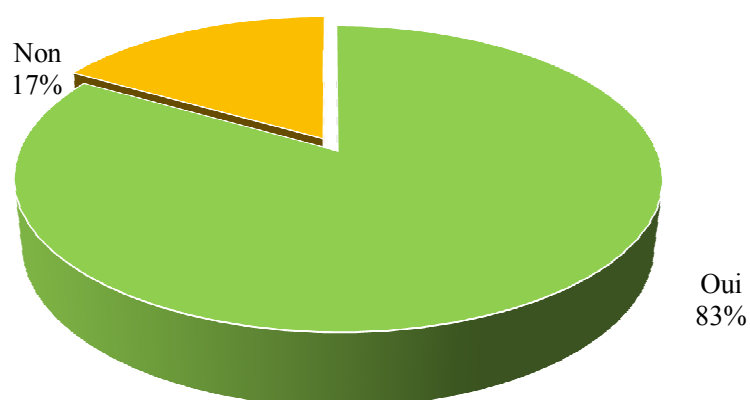
La moitié des participants pensent que la schizophrénie est curable.



**Figure 26: Fréquence des participants qui croient que la schizophrénie est une maladie chronique**

### **6. Pensez-vous que cette maladie peut être stabilisée sous traitement**

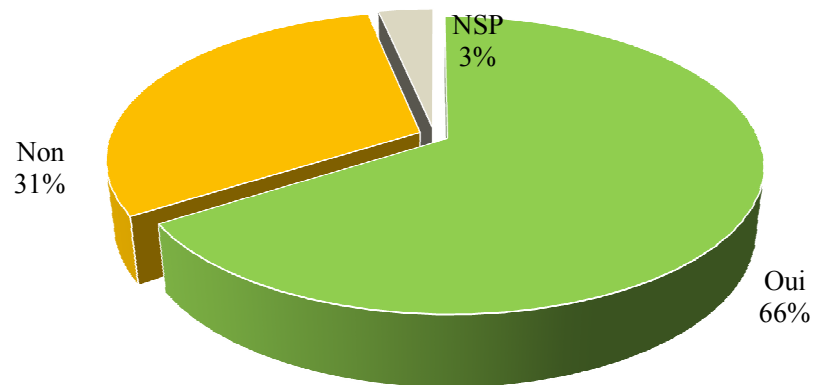
La majorité des participants croient que la schizophrénie peut être stabilisée sous traitement.



**Figure 27: La fréquence des participants qui croient que la schizophrénie peut être stabilisée sous traitement**

## **7. Pensez-vous que le patient peut mener une vie normale ?**

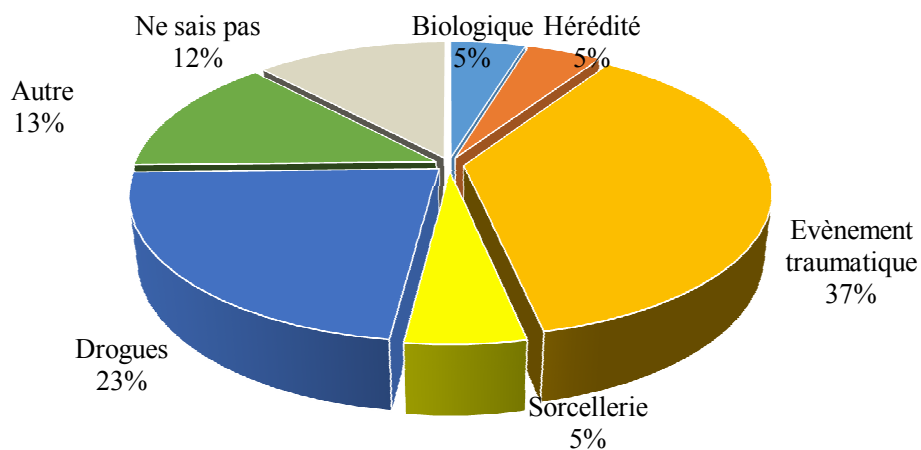
Plus de la moitié des participants pensent que le patient peut mener une vie normale malgré les difficultés de la maladie.



**Figure 28: La fréquence des participants qui pensent que le patient peut mener une vie normale**

## **8. Selon vous quelle est la cause de la schizophrénie**

Les deux principales causes de la schizophrénie selon les participants étaient un événement psychologiquement traumatique et l'usage de substances.



**Figure 29: Les étiologies de la schizophrénie selon les participants**

**Table 3: Tableau récapitulatif des réponses de la dimension «Connaissance sur la maladie»**

	Nb	(%)
<b>Connaissez-vous la maladie de votre proche ?</b>		
Oui	75	(50%)
Non	75	(50%)
<b>Avez-vous déjà entendu parler de la maladie de la schizophrénie ?</b>		
Oui	80	(53%)
Non	70	(47%)
<b>Si oui, de quelle source tenez-vous ces informations ?</b>		
Professionnels de la santé	45	(30%)
Médias traditionnels (télévision, la radio et les journaux)	90	(60%)
Internet	5	(3%)
Entourage	10	(7%)
<b>Est-ce que vous pensez que cette maladie est chronique ?</b>		
Oui	74	(49%)
Non	56	(37%)
Ne sais pas	20	(14%)
<b>Est-ce que vous pensez que cette maladie est curable ?</b>		
Oui	74	(49%)
Non	60	(40%)
Ne sais pas	16	(11%)
<b>Est-ce que la maladie de votre proche est stabilisée sous traitement médical ?</b>		
Oui	124	(83%)
Non	26	(17%)
Ne sais pas	0	0
<b>Selon vous, est ce que votre proche peut mener une vie normale ?</b>		
Oui	98	(66%)
Non	47	(31%)
Ne sais pas	5	(3%)

## L'impact de la schizophrénie sur la famille au Maroc

---

---

---

### Selon vous, quelle est la cause de cette maladie ?

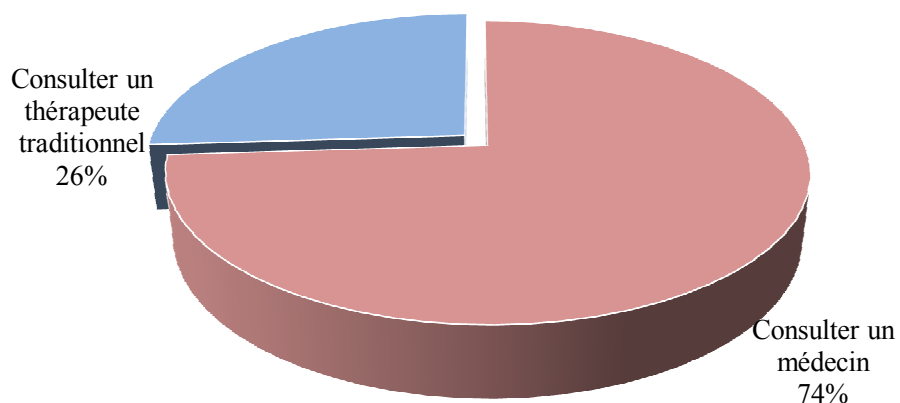
Cause biologique	8	(5%)
Hérédité	8	(5%)
Evénement traumatique	56	(37%)
Causes surnaturelles	8	(5%)
Usage de substances	35	(23%)
Autres	18	(13%)
Ne sais pas	17	(12%)

---

## V. Usage de la médecine traditionnelle

### 1. Quelle était votre première attitude lors de l'apparition des premiers symptômes

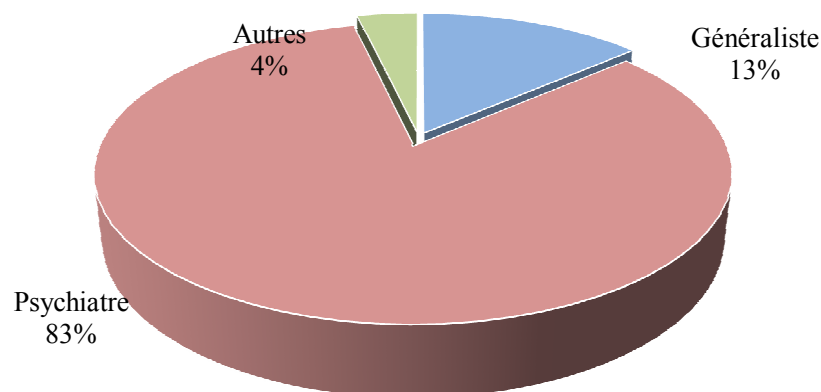
Les deux tiers des participants ont d'abord consulté un médecin.



**Figure 30: Répartition des participants selon leur attitude lors des premiers symptômes**

### 2. Si vous avez consulté un médecin en premier lieu, lequel

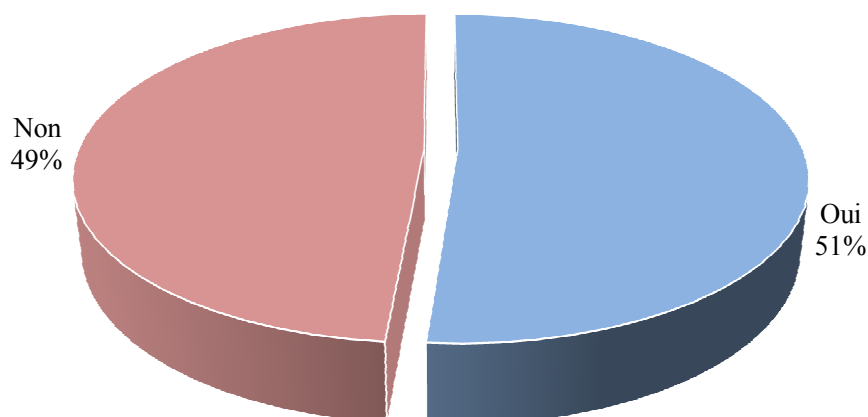
La grande majorité des participants ont emmené le patient chez un psychiatre directement.



**Figure 31: La répartition des participants selon la spécialité du médecin qu'ils ont sollicité**

### **3. Avez-vous déjà associé les deux méthodes**

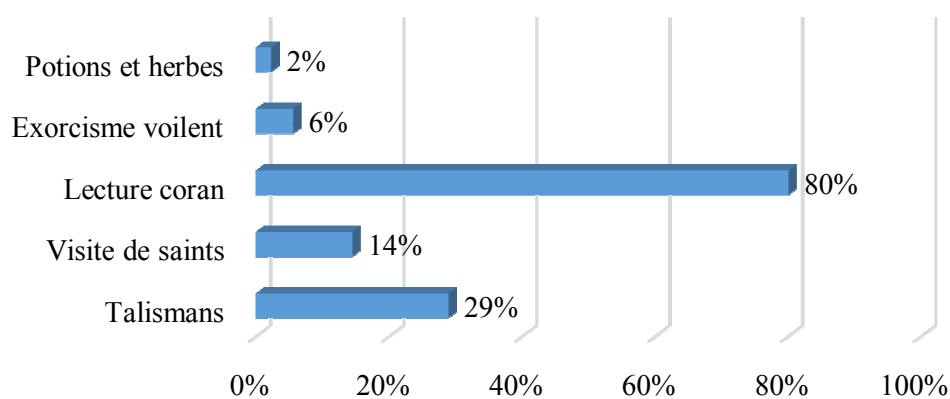
La moitié des participants ont déjà associé la thérapie traditionnelle à la médecine moderne.



**Figure 32: La répartition des patients selon leur association des thérapies modernes et traditionnelles**

### **4. Quel type de thérapie traditionnelle**

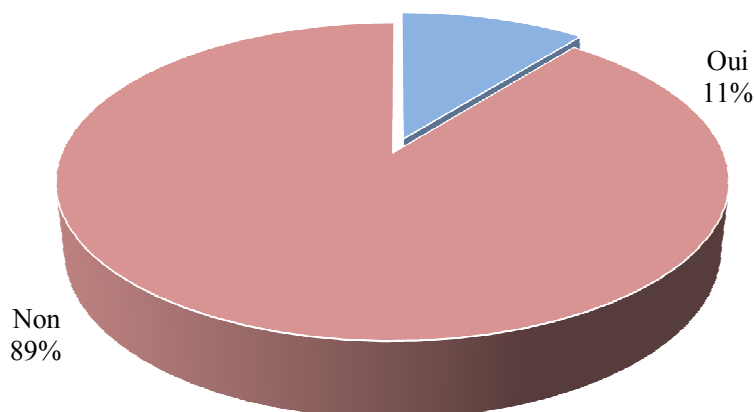
La grande majorité des participants avaient eu recours principalement à la thérapie par le Coran :



**Figure 33: Les types de thérapies traditionnelles sollicitées par les participants**

## **5. Efficacité de la thérapie traditionnelle**

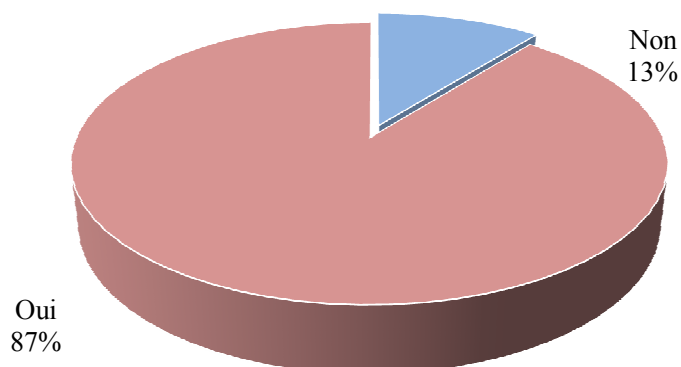
Près de 90% des participants pensaient que la thérapie traditionnelle n'était pas efficace dans l'amélioration de l'état du patient.



**Figure 34: La fréquence des participants qui pensent que la thérapie traditionnelle est efficace**

## **6. Efficacité de la thérapie moderne**

87 % des participants pensaient que la médecine moderne était efficace dans l'amélioration de l'état du patient.



**Figure 35: La fréquence des participants qui pensaient que la médecine moderne est efficace**

**Table 4: Tableau récapitulatif des réponses de la dimension « Usage de la médecine traditionnelle »**

	Nb	(%)
<b>Lors de l'apparition des premiers symptômes, quelle était votre premier recours ?</b>		
Consulter un médecin	111	(74%)
Consulter un thérapeute traditionnel	39	(26%)
<b>Si vous avez consulté un médecin en premier recours, lequel ?</b>		
Généraliste	124	(83%)
Psychiatre	20	(13%)
Autre	6	(4%)
<b>Avez-vous déjà associé les deux méthodes ? (traditionnelle &amp; moderne) ?</b>		
Oui	76	(51%)
Non	74	(49%)
<b>Si vous avez eu recours à une thérapie traditionnelle, laquelle ?</b>		
Talismans	44	(29%)
Visite de saints	21	(14%)
Lecture de coran	125	(83%)
Exorcisme par usage de violence	9	(6%)
Potions et herbes médicinales	3	(2%)
<b>Pensez-vous que la thérapie traditionnelle est efficace ?</b>		
Oui	16	(11%)
Non	134	(89%)
<b>Pensez-vous que la médecine moderne est efficace ?</b>		
Oui	137	(91%)
Non	13	(9%)

## VI. Charge/fardeau objectif de la famille

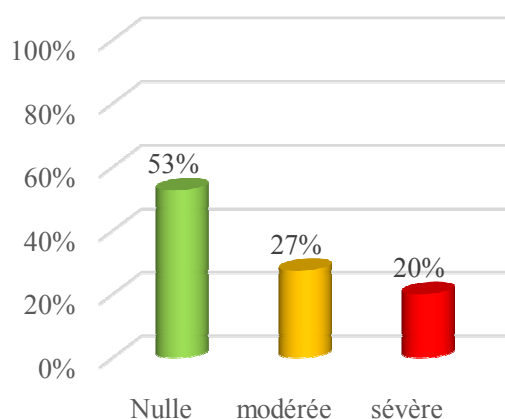
La moyenne du score de la charge globale dans notre échantillon était **21,82**.

### 1. Dimension financière

Le score moyen de la charge financière était de **3,73**.

#### 1.1. Pertes des revenus du patient à cause de sa maladie :

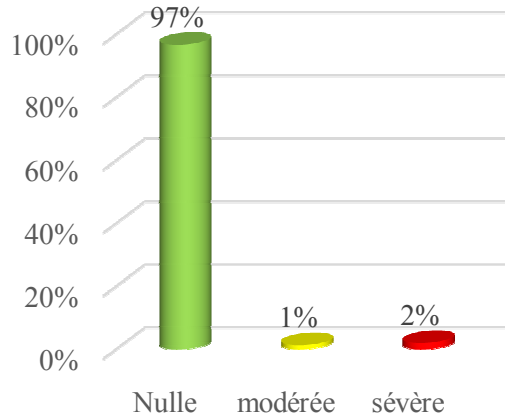
Le score moyen de cet item était **0,67**. Près de la moitié des participants ont perçu la perte des revenus du patient comme une charge.



**Figure 36: Charge liée à la perte des revenus du patient**

### **1.2. Perte des revenus d'un membre de la famille à cause de la maladie du patient**

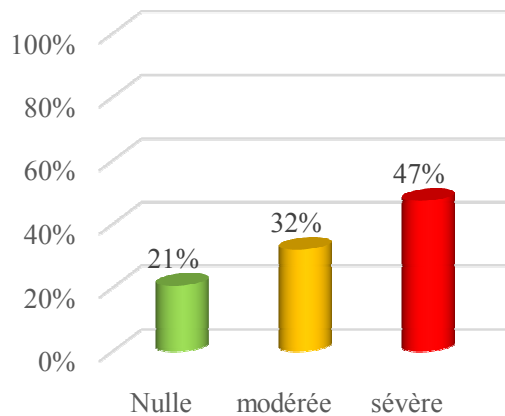
Le score moyen de cet item était **0,05**. Seuls 2% des participants ont ressenti une charge financière liée à la perte des revenus d'un autre membre de la famille.



**Figure 37: Charge liée à la perte des revenus d'un membre de la famille**

### **1.3. Dépenses dues à la maladie du patient et à son traitement**

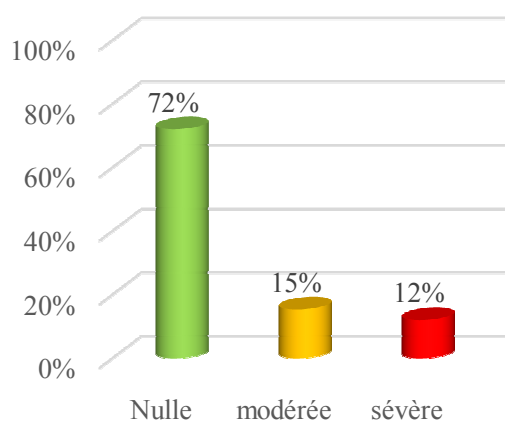
Le score moyen de cet item était **1,27**. Près de la moitié des participants ont rapporté une charge sévère.



**Figure 38: Charge liée aux dépenses dues à la maladie**

#### 1.4. Dépenses dues à des accommodations nécessaires

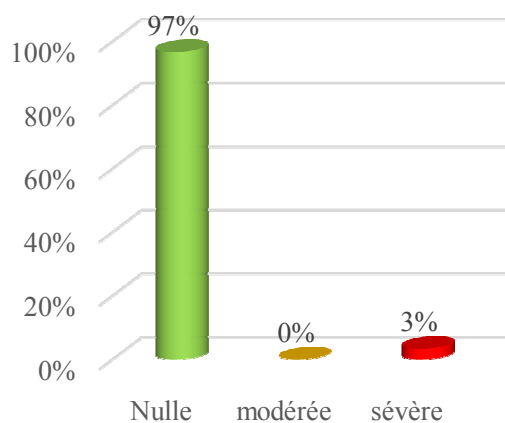
Le score moyen de cet item était **0,40**. 27% des participants ont rapporté une charge concernant cet item.



**Figure 39: Charge liée à des accommodations financières nécessaires**

#### 1.5. Crédits contractés ou économies dépensées

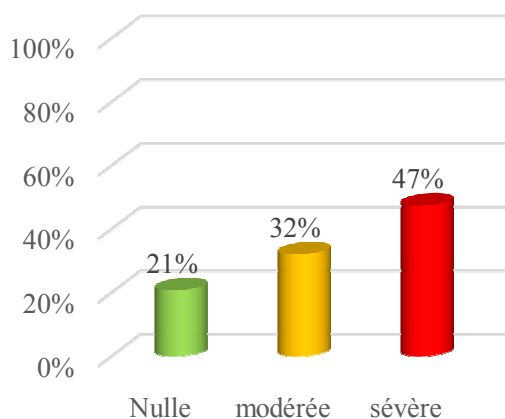
Le score moyen de cet item était **0,07**. Seuls 3% ont rapporté une charge sévère.



**Figure 40: Charge liée aux crédits contractés et aux économies dépensées**

### 1.6. Activités nécessitant un financement reporté à cause de la maladie du patient

Le score moyen de cet item était 1,21. Plus de la moitié des participants a rapporté une charge sévère.



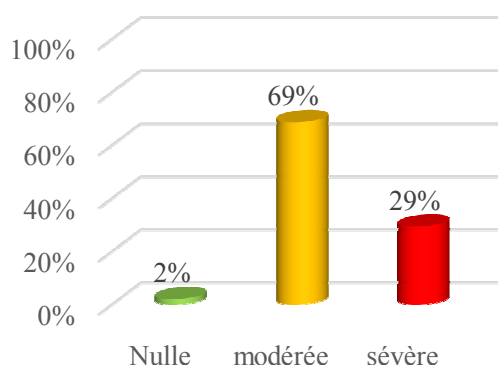
**Figure 41: Charge liée au report d'activités nécessitant un financement**

## **2. Activités domestiques de la famille**

Le score moyen de cette catégorie était **6,23**.

### **2.1. Le patient ne va plus à son travail, son école, sa faculté**

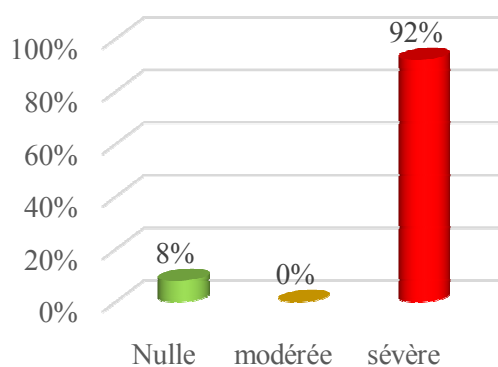
Le score moyen de cet item était **1,27**. Presque tous les participants avaient rapporté une charge.



**Figure 42: Charge liée au fait que le patient ne va plus à son travail/école**

### **2.2. Le patient ne participe pas aux tâches domestiques de la maison**

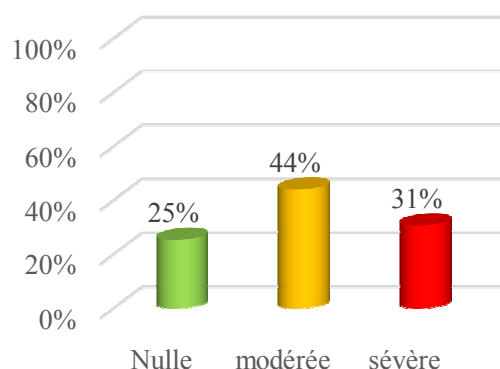
Le score moyen de cet item était **1,84**. La grande majorité des participants ont rapporté une charge sévère.



**Figure 43: Charge liée à la non-participation du patient dans les tâches domestiques**

### **2.3. Interruption ou arrêt des activités des membres de la famille**

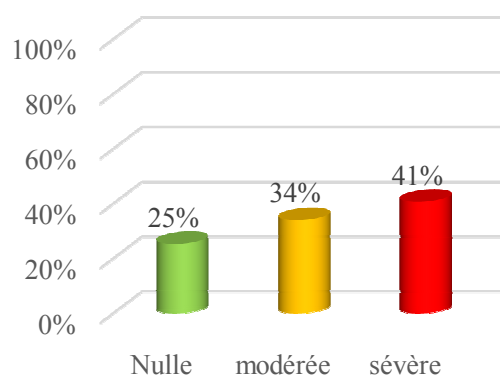
Le score moyen de cet item était **1,05**. 44% des participants ont rapporté une charge modérée.



**Figure 44: Charge liée à l'interruption des activités des membres de la famille à cause de la maladie du patient**

### **2.4. Interruption ou arrêt des activités à cause du comportement du malade.**

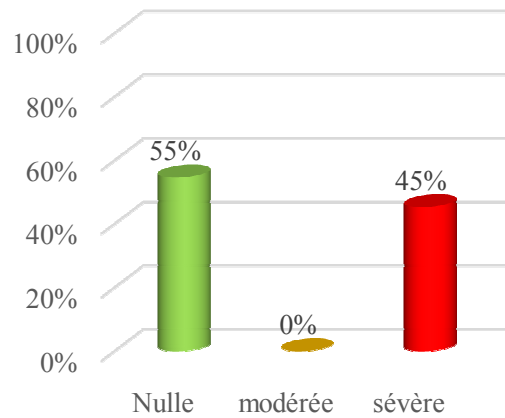
Le score moyen de cet item était **1,15**. Plus des deux tiers des participants ont rapporté une charge.



**Figure 45: Charge liée à l'interruption des activités de la famille à cause du comportement du malade**

### **2.5. Négligence des autres membres de la famille à cause de la maladie du patient**

Le score moyen de cet item était **0,91**. Près de la moitié des participants ont rapporté une charge sévère.



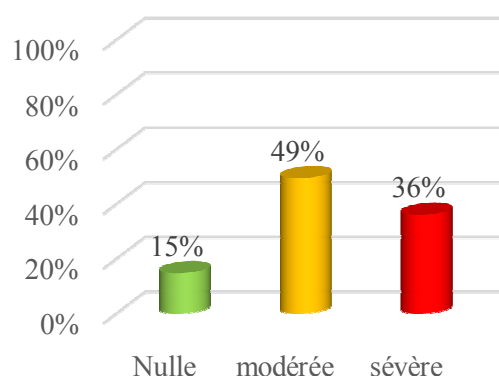
**Figure 46: Charge liée à la négligence des autres membres de la famille**

### **3. Loisirs**

Le score moyen de cette catégorie était **4,33**.

#### **3.1. Arrêt des activités habituelles de loisirs.**

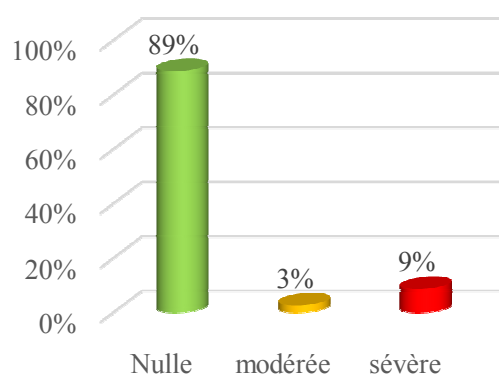
Le score moyen de cette catégorie était de **1,21**. La majorité des participants ont rapporté une charge.



**Figure 47: Charge liée à l'arrêt des activités habituelles de loisir**

#### **3.2. La maladie du patient empêche un membre de la famille de partir en vacances.**

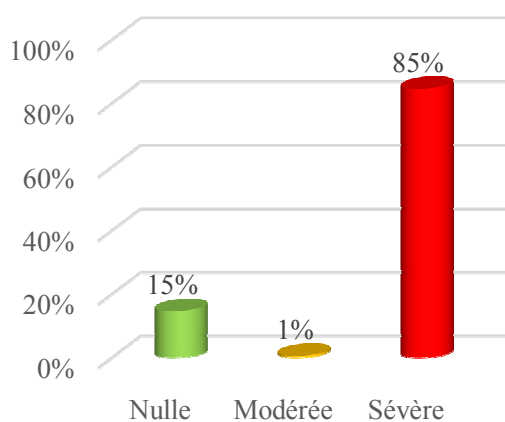
Le score moyen de cet item était **0,20**. Seulement **12%** des participants ont rapporté une charge concernant cet item.



**Figure 48: Charge liée à l'annulation des vacances d'un des membres de la famille à cause de la maladie du patient**

### 3.3. Le patient ne participe pas aux loisirs de la famille

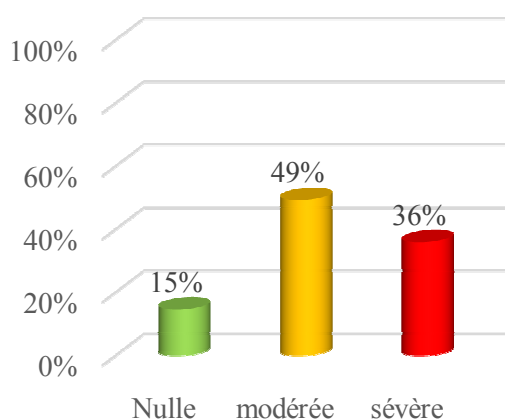
Le score moyen de cet item était 1,70.



**Figure 49: Charge liée à la non-participation du patient dans les activités de loisirs de la famille**

### 3.4. Annulation d'une activité de loisirs à cause du patient.

Le score moyen de cet item était 1,21. Plus du tiers des patients a rapporté une charge sévère.



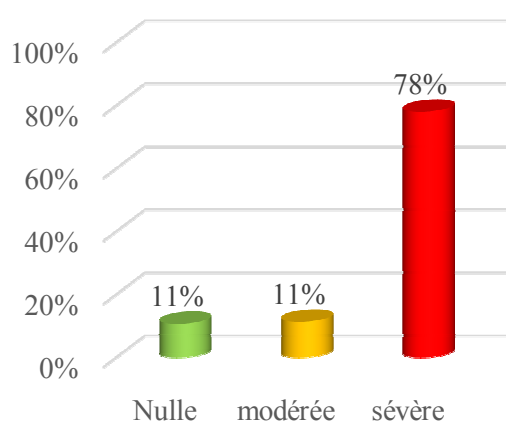
**Figure 50: Charge liée à l'annulation d'une activité de loisir à cause de la maladie du patient**

#### **4. Interactions familiales**

Le score moyen de cette catégorie était **5,61**.

##### **4.1. Effet sur l'atmosphère générale à la maison.**

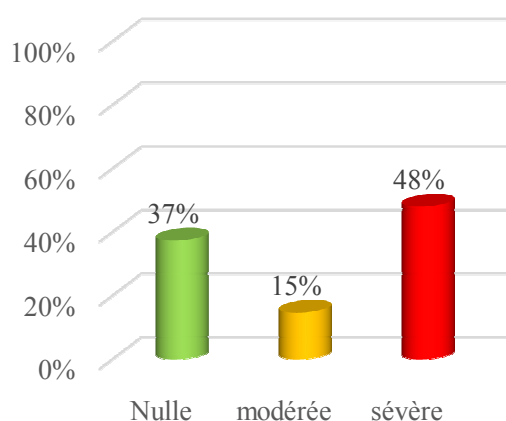
Le score moyen de cet item était 1,67. La majorité des participants a signalé une charge sévère.



**Figure 51: Charge liée à l'atmosphère générale de la maison**

##### **4.2. Disputes de la famille à cause de la maladie du patient :**

Le score moyen de cet item était 1,11. Près de la moitié des aidants familiaux a rapporté une charge sévère.



**Figure 52: Charge liée aux disputes des membres de la famille à cause du patient**

### 4.3. La famille et le voisinage ont arrêté de vous visiter :

Le score moyen de cet item était 1,04. Plus de la moitié des participants a signalé une charge.

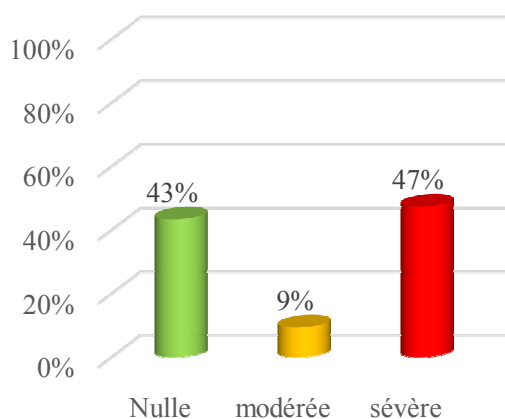


Figure 53: Charge liée à l'arrêt des interactions de la famille avec l'entourage

### 4.4. La famille est devenue isolée

Le score moyen de cet item était 0,91. Plus de la moitié des participants a rapporté une charge.

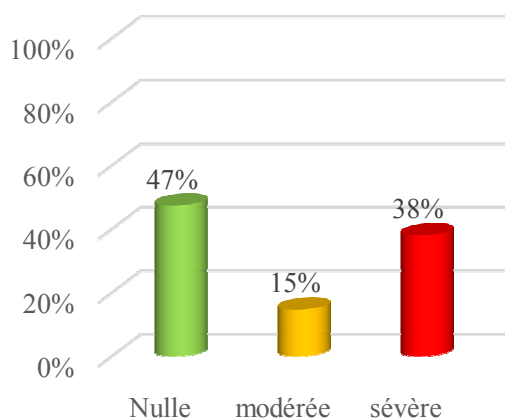
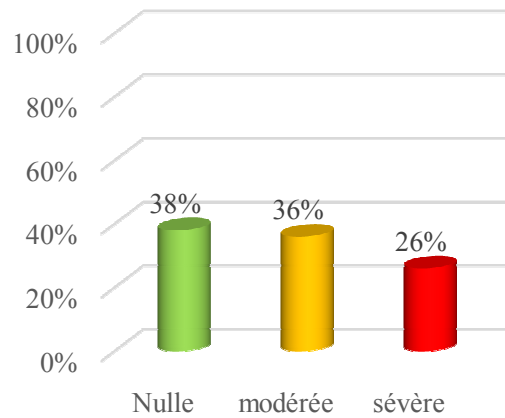


Figure 54: Charge liée à l'isolement de la famille

#### **4.5. Autres effets sur la famille ou sur la relation de la famille avec l'entourage.**

Le score moyen de cet item était **0,88**. Plus de la moitié des participants a rapporté une charge.



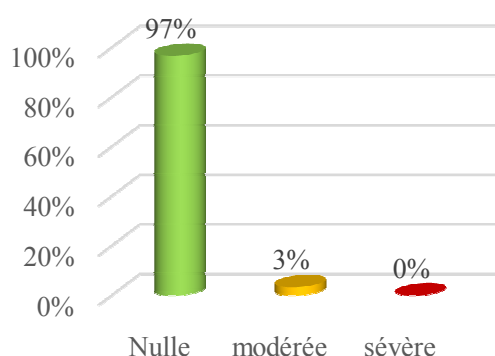
**Figure 55: Charge liée aux autres effets sociaux sur la famille**

## **5. Effet sur la santé physique**

Le score moyen de cette catégorie était **0,97**.

### **5.1. Un membre de la famille souffre ou a souffert physiquement à cause des symptômes du patient**

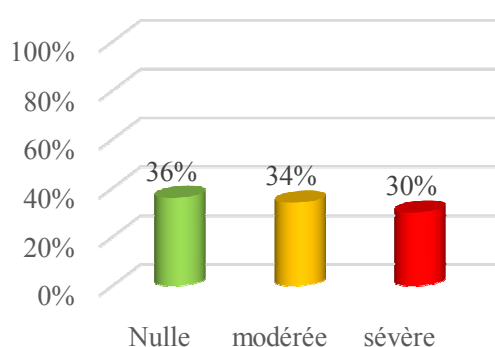
Le score moyen de cet item était **0,94**. Seulement 3 % des participants ont rapporté une charge liée à cet item.



**Figure 56: Charge liée à l'effet du comportement sur la santé physique des membres de la famille**

### **5.2. Autres effets sur la santé physique.**

Le score moyen de cet item était extrêmement faible (**0,03**). 64% des aidants familiaux ont rapporté une charge.



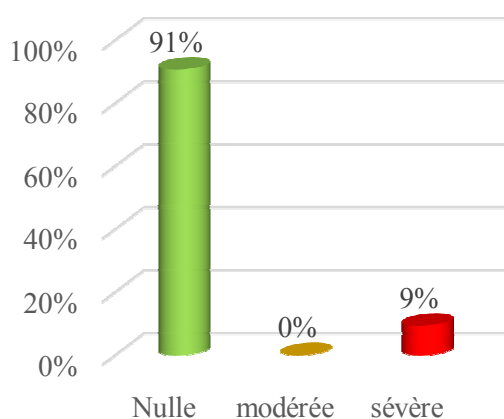
**Figure 57: Charge liée aux autres effets sur la santé physique des membres de la famille**

## **6. Effet sur la santé mentale**

Le score moyen de cette catégorie était aussi **0,97**.

### **6.1. Un membre de la famille a déjà consulté chez un médecin pour une détresse psychologique à cause de la maladie du patient**

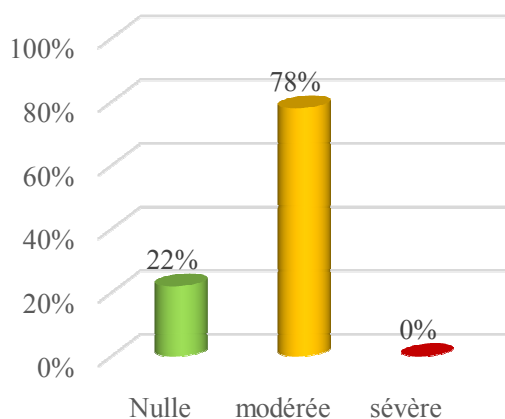
Le score moyen de cet item était **0,19**. **9%** des participants ont rapporté une charge sévère.



**Figure 58: Charge liée aux consultations chez le médecin pour symptômes psychologiques**

**6.2. Un des membres de la famille a perdu le sommeil, est devenu déprimé, excessivement émotif**

Le score moyen de cet item était **0,78**. Près de **80%** des participants ont rapporté une charge.



**Figure 59: Charge liée aux conséquences psychologiques de la maladie sur les membres de la famille**

**Table 5: Tableau récapitulatif des scores moyens des items et des catégories de la charge**

Catégories / Items	Moyenne	Nb	%
<b>Charge objective globale</b>	<b>22,82 ± 6,33</b>	<b>150</b>	<b>100%</b>
<b>Dimension financière</b>	<b>3,72 ± 2,15</b>	<b>138</b>	<b>92%</b>
◦ Perte des revenus du patient	0,67 ± 0,79	71	47%
◦ Perte des revenus d'une autre membre de l famille à cause de la maladie du patient	0,05 ± 0,30	5	3%
◦ Dépenses dues à la maladie du patient et à son traitement	1,27 ± 0,78	119	79%
◦ Dépenses due à des accommodations nécessaires	0,40 ± 0,70	41	27%
◦ Crédits contractés ou économies dépensées	0,07 ± 0,36	5	3%
◦ Activités nécessitant un financement reporté à cause de la maladie du patient	1,27 ± 0,78	119	79%
<b>Activités domestiques</b>	<b>6,23 ± 1,87</b>	<b>148</b>	<b>99%</b>
◦ Le patient ne va plus à son travail, son école, sa faculté	1,27 ± 0,49	147	98%
◦ Le patient ne participe pas aux tâches domestiques de la maison	1,84 ± 0,54	138	92%
◦ Interruption ou arrêt des activités quotidiennes d'un membre de la famille	1,05 ± 0,75	112	75%
◦ Interruption ou arrêt des activités à cause du comportement irrationnel du malade	1,15 ± 0,80	112	75%
◦ Négligence des autres membres de la famille à cause de la maladie du patient	0,91 ± 1,00	68	45%
<b>Loisirs</b>	<b>4,33 ± 2,09</b>	<b>129</b>	<b>86%</b>
◦ Arrêt des activités habituelles de loisirs	1,21 ± 0,68	128	85%
◦ La maladie du patient empêche un membre de la famille de partir en vacances	0,20 ± 0,58	17	11%
◦ Le patient ne participe pas aux loisirs de la famille	1,21 ± 0,68	128	85%
◦ Annulation d'une activité de loisirs à cause du patient	1,70 ± 0,71	128	85%

## L'impact de la schizophrénie sur la famille au Maroc

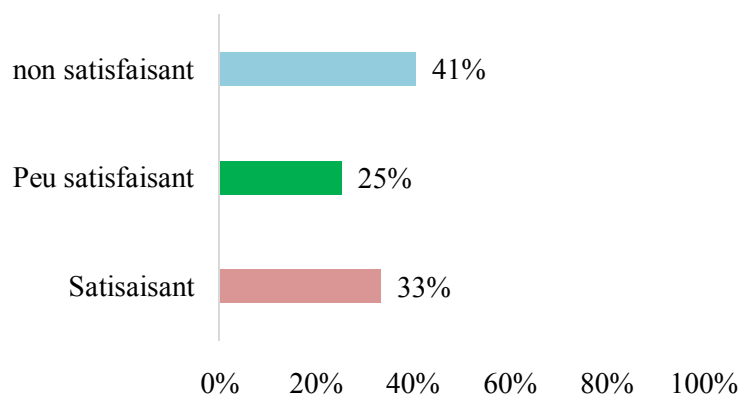
<b>interactions familiale</b>	<b>5,61</b>	<b>±</b>	<b>2,92</b>	<b>143</b>	<b>95%</b>
◦ Effet sur l'atmosphère générale à la maison	1,67	±	0,66	134	89%
◦ Disputes de la famille à cause de la maladie du patient	1,11	±	0,92	94	63%
◦ La famille et le voisinage ont arrêté de vous visiter	1,04	±	0,95	85	57%
◦ La famille est devenue isolée	0,91	±	0,92	79	53%
◦ Autres effets sur la famille ou sur la relation de la famille avec l'entourage	0,88	±	0,79	93	62%
<b>Effets sur la santé physique</b>	<b>0,97</b>	<b>±</b>	<b>0,82</b>	<b>99</b>	<b>66%</b>
◦ Un membre de la famille souffre ou a souffert physiquement à cause des symptômes des patients	0,94	±	0,81	96	64%
◦ Autres effets sur la santé physique	0,03	±	0,18	5	3%
<b>Effets sur la santé mentale</b>	<b>0,97</b>	<b>±</b>	<b>0,77</b>	<b>117</b>	<b>78%</b>
◦ Un membre de la famille a déjà consulté chez un médecin pour une détresse psychologique à cause de la maladie du patient	0,19	±	0,58	14	9%
◦ Un membre de la famille a perdu le sommeil, et devenu déprimé, excessivement émotif	0,78	±	0,42	117	78%

Nb : Nombre. Résultats exprimés en moyenne plus ou moins écart type. Score variant de 0 à 12 pour la "Dimension financière", de 0 à 10 pour les "Activité domestiques", de 0 à 8 pour les loisirs, de 0 à 10 pour "les interactions familiales", de 0 à 4 pour "l'effet sur la santé physique", de 0 à 4 pour "l'effet sur la santé mentale" et de 0 à 48 pour la charge objective globale

## VII. Satisfaction des participants du système de santé

### 1. Satisfaction de la communication avec le médecin psychiatre

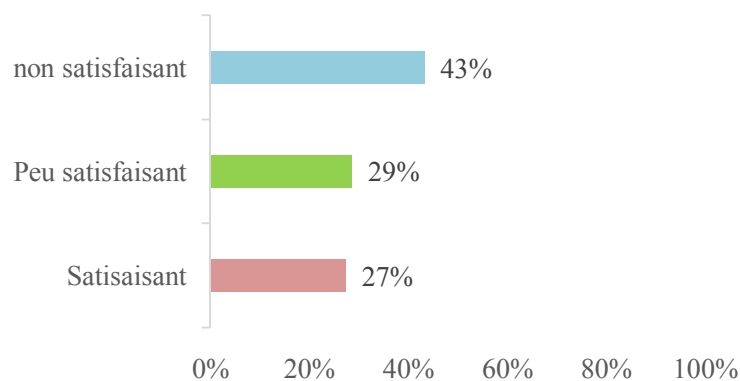
Près de 40% des participants n'étaient pas satisfaits de la communication avec le psychiatre traitant.



**Figure 60: Répartition des participants selon leur satisfaction de la communication avec le psychiatre traitant**

### 2. Satisfaction des institutions psychiatriques

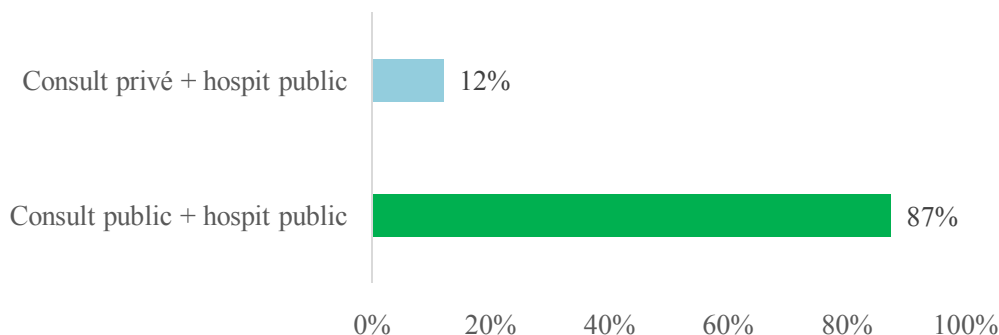
Près du tiers des participants seulement ont déclaré être satisfaits des institutions psychiatriques auxquelles ils ont eu recours.



**Figure 61: Répartition des participants selon leur satisfaction des institutions psychiatriques au Maroc**

### 3. Type de prise en charge du patient

La grande majorité des participants utilisaient exclusivement le secteur public pour la prise en charge du patient.



**Figure 62: Répartition des patients selon le type de prise en charge**

**Table 6: Tableau récapitulatif des résultats de la dimension « Satisfaction »**

	Nb	(%)
<b>Quel est le niveau de satisfaction de la communication avec le médecin psychiatre ?</b>		
Satisfaisant	50	(33%)
Peu satisfaisant	38	(25%)
Non satisfaisant	62	(42%)
<b>Quel est le niveau de satisfaction des institutions psychiatriques au Maroc ?</b>		
Satisfaisant	41	(27%)
Peu satisfaisant	44	(29%)
Non satisfaisant	65	(44%)
<b>Type de prise en charge de la maladie :</b>		
Consultation au privé / Hospitalisation au public	19	(13%)
Consultation au public/ Hospitalisation au public	131	(87%)

Nb : Nombre

# RESULTATS ANALYTIQUES

## **I. Dimension financière**

L'analyse des résultats a démontré qu'il y avait une liaison significative entre ces trois variables sociodémographiques et la catégorie financière :

- **Revenu mensuel** de la famille ( $p=0,007$ ).
- **Type de couverture sanitaire** ( $p=0,01$ ).
- **Niveau d'éducation du patient** ( $p=0,009$ )
- **Usage de substances par le patient** ( $p=0,008$ ).

En effet, les aidants familiaux dont le revenu mensuel dépassait 3000dhs avaient significativement moins de charge dans cette catégorie.

Les participants dont le patient n'avait pas de couverture sanitaire ou qui bénéficiait de RAMED ont rapporté significativement plus de charge financière que ceux ayant une couverture type CNSS (Caisse Nationale de Sécurité Sociale), CNOPS (Caisse Nationale des Organismes de Prévoyance Sociale) ou mutuelle des FAR (Forces Armées Royales).

L'analyse a aussi dévoilé que les familles dont le malade consomme des drogues expérimentaient significativement plus de charge financière que les autres dont le malade n'en consomme pas.

Par ailleurs, les patients universitaires ont généré le moins de charge financière par rapport aux patients avec des niveaux d'éducation inférieurs.

## II. Activités domestiques de la famille

Il existe six facteurs significativement liés à la charge dans cette catégorie, dont trois étaient fortement significatifs ( $p < 0,0001$ ) :

- **Age du patient** ( $p < 0,0001$ )
- **Lien de parenté** avec le patient ( $p < 0,0001$ )
- **Sexe du participant** ( $p < 0,0001$ )
- **Age du patient** lors du **diagnostic** ( $p = 0,043$ )
- **Usage de substances** ( $p = 0,014$ )
- **Niveau d'éducation du participant** ( $p = 0,032$ )

L'analyse des résultats a montré une corrélation négative fortement significative entre l'âge du patient au moment de l'enquête et son âge lors du diagnostic et la charge dans cette catégorie. En effet, plus le patient était jeune, ou plus sa maladie était survenue d'une façon précoce, plus il générerait une charge importante. Parallèlement, l'absence d'usage de substances psychoactives chez le patient équivalait significativement à moins de charge.

Les résultats ont également affirmé que les parents souffraient plus que les frères et les conjoints dans cette catégorie. Le même constat a été fait à propos des femmes par rapport aux hommes, la différence entre ces derniers étant très significative.

Les résultats montrent une différence statistiquement significative entre les participants de niveaux d'éducation différents. En effet, les participants analphabètes ou au contraire universitaires expérimentaient plus de souffrance dans cette catégorie que ceux ayant un niveau primaire ou secondaire.

### **III. Loisirs**

Les facteurs significatifs en liaison avec la charge dans la catégorie des loisirs sont au nombre de cinq.

- **Situation professionnelle du participant** ( $p < 0,0001$ )
- **Age du participant** ( $p = 0,04$ )
- **Sexe du patient** ( $p = 0,01$ )
- **Niveau d'éducation du patient** ( $p = 0,001$ )
- **Usage de substances par le patient** ( $p = 0,01$ )

Le facteur le plus significatif est la situation professionnelle du participant. En effet, les participants en activité subissent plus de charge en rapport avec les loisirs que leurs homologues sans emploi ou à la retraite.

Les analyses des résultats ont aussi dévoilé une corrélation négative significative entre l'âge des participants et leur charge en rapport avec cette catégorie. Plus l'aidant familial est jeune plus sa charge est élevée.

En ce qui concerne les caractéristiques du patient, le sexe masculin et l'usage de substances étaient des facteurs significatifs dans l'augmentation de la charge, alors que le niveau d'éducation élevé était plutôt un facteur en faveur de sa diminution.

#### **IV. Interactions familiales**

Une liaison statistiquement significative a été retrouvée entre la charge de cette catégorie et quatre variables sociodémographiques :

- **Usage de substances chez le patient** ( $p < 0,0001$ )
- **Age du patient** ( $p = 0,009$ )
- **Statut marital du patient** ( $p = 0,02$ )
- **Statut marital du participant** ( $p = 0,02$ )

Il existe une différence franchement significative entre les patients consommateurs de substances et ceux qui ne consomment pas, les premiers étant nettement plus générateurs de charge dans la catégorie des interactions familiales.

Il a aussi été démontré grâce à l'analyse que plus le patient était jeune, plus il générait une charge plus importante en rapport avec les interactions familiales. En effet, une corrélation négative significative a été retrouvée entre les deux paramètres.

Selon l'analyse, les participants et les patients divorcés ont manifesté significativement plus de charge concernant les interactions avec la famille et l'entourage.

## V. Effet sur la santé physique

L'analyse n'a mis en relief qu'une seule variable significative en liaison avec la santé physique :

- **Le sexe du participant** ( $p=0,006$ )

En effet, les femmes ont rapporté significativement plus de charge au niveau de leur santé physique que les hommes.

## VI. Effet sur la santé mentale

Les facteurs sociodémographiques significatifs en liaison avec la santé mentale étaient:

- **Sexe du patient** ( $p=0,006$ )
- **Age du patient lors du diagnostic** ( $p=0,04$ )
- **Usage de substances chez le patient** ( $p=0,02$ )
- **Lien de parenté avec le patient** ( $p=0,04$ )

Plus le patient était jeune, plus il était responsable d'une charge plus lourde en ce qui concerne la santé mentale du participant. Le même constat a été fait à propos des patients de sexe masculin qui généraient clairement plus de charge que leurs homologues féminins. Il existe également une relation significative entre la consommation de drogues et l'augmentation de cette charge.

Les résultats ont aussi affiché une charge significativement plus importante chez les frères et les conjoints que chez les parents en ce qui concerne la santé mentale.

## **VII. Charge globale objective**

Au total, l'analyse univariée a permis d'individualiser cinq facteurs sociodémographiques liés significativement à la charge objective globale :

- **Sexe du patient** ( $p=0,02$ )
- **Age du patient** ( $p= 0,004$ )
- **Niveau d'éducation du patient** ( $p<0,0001$ )
- **Usage de substances psychoactives chez le patient** ( $p<0,0001$ )
- **Sexe du participant** ( $p=0,01$ )

Pour conclure, les patients de sexe masculin étaient significativement responsables de plus de charge objective globale que les patients de sexe féminin. Conjointement, plus le malade était jeune plus la charge expérimentée par la famille était plus lourde.

D'une autre part, et contrairement aux patients, le sexe féminin chez les participants était significativement lié à plus de charge globale.

Les facteurs qui étaient fortement significatifs dans la charge objective globale étaient l'usage de substances chez le patient et son niveau d'éducation. En effet, les patients consommateurs de drogue étaient générateurs d'une charge plus importante, tandis que ceux analphabètes ou universitaires étaient responsables de significativement moins de charge par rapport aux patients avec un niveau primaire ou secondaire.

**Table 7: Résultats de l'analyse univariée : Variables sociodémographiques et cliniques du patient**

Scores moyens	Dimension financière	Activités domestiques	Loisirs	Interactions familiales	Effets sur la santé physique	Effet sur la santé mentale	Total
<b>Genre</b>							
Homme	3,84 ± 2,26	6,22 ± 1,92	4,46 ± 2,04	5,82 ± 2,87	0,98 ± 0,82	1,05 ± 0,80	22,37 ± 6,46
Femme	3,21 ± 1,47	6,25 ± 1,65	3,75 ± 2,24	4,68 ± 2,99	0,93 ± 0,81	0,61 ± 0,50	19,43 ± 5,22
P	0,077	0,942	0,011	0,620	0,750	0,006	0,026
<b>Âge</b>							
<25	6,35 ± 2,23	9,83 ± 1,75	7,17 ± 1,80	9,26 ± 2,75	3,17 ± 0,80	3,57 ± 0,80	25,78 ± 5,47
25 - 40	3,95 ± 2,19	6,14 ± 1,85	4,34 ± 2,17	5,30 ± 3,08	0,84 ± 0,80	0,98 ± 0,76	21,49 ± 6,90
>40	3,48 ± 1,86	5,45 ± 1,88	3,97 ± 2,31	5,21 ± 2,62	1,21 ± 0,86	0,79 ± 0,77	20,10 ± 5,79
P	0,969	0,000	0,187	0,009	0,786	0,122	0,004
<b>Statut marital</b>							
Célibataire	3,50 ± 1,97	6,33 ± 1,93	4,25 ± 2,16	5,46 ± 2,94	1,03 ± 0,82	0,99 ± 0,79	21,56 ± 6,09
Marié	4,31 ± 2,66	6,13 ± 1,72	4,44 ± 1,79	5,38 ± 2,79	0,78 ± 0,83	0,88 ± 0,83	21,91 ± 7,51
Divorcé	4,22 ± 1,92	5,33 ± 1,50	4,89 ± 2,26	8,22 ± 1,86	1,00 ± 0,71	1,00 ± -	24,67 ± 4,18
Veuf	-	-	-	-	-	-	-
P	0,134	0,290	0,641	0,020	0,327	0,753	0,369
<b>Niveau d'éducation</b>							
Analphabète	3,47 ± 1,92	6,20 ± 1,61	3,53 ± 2,80	4,80 ± 3,00	1,00 ± 0,93	0,67 ± 0,49	19,67 ± 6,75
Primaire	4,21 ± 1,99	6,24 ± 1,58	4,76 ± 1,95	5,61 ± 2,81	0,92 ± 0,85	0,79 ± 0,58	22,53 ± 5,66
Secondaire	3,88 ± 2,21	6,38 ± 1,89	4,63 ± 1,74	6,10 ± 2,94	1,04 ± 0,78	1,12 ± 0,85	23,15 ± 5,62
Supérieur	2,26 ± 1,85	5,58 ± 2,41	2,84 ± 2,34	4,21 ± 2,57	0,79 ± 0,85	0,95 ± 0,85	16,63 ± 7,38
P	0,009	0,420	0,001	0,050	0,659	0,065	0,000
<b>Situation professionnelle</b>							
En activité	3,39 ± 2,36	5,56 ± 2,20	3,92 ± 2,30	4,86 ± 2,98	0,72 ± 0,91	1,06 ± 0,98	19,50 ± 7,77
Retraité	6,00 ± -	7,00 ± -	6,00 ± -	7,00 ± -	1,00 ± -	- ± -	27,00 ± -
Sans emploi	3,79 ± 2,08	6,43 ± 1,72	4,44 ± 2,02	5,82 ± 2,90	1,04 ± 0,78	0,95 ± 0,70	22,46 ± 5,66
P	0,363	0,097	0,488	0,335	0,120	0,551	0,053
<b>Type de couverture médicale</b>							
Mutuelle des FAR	2,83 ± 2,23	5,83 ± 2,04	4,67 ± 1,03	6,00 ± 3,03	0,83 ± 0,98	0,83 ± 1,17	21,00 ± 4,60
CNSS	2,00 ± 2,07	6,25 ± 1,67	4,63 ± 0,92	4,75 ± 1,39	0,38 ± 0,74	1,00 ± 1,31	19,00 ± 5,10
CNOPS	2,84 ± 2,57	6,00 ± 2,45	3,47 ± 2,39	4,05 ± 3,06	0,84 ± 0,76	1,32 ± 1,11	18,53 ± 8,34
RAMED	4,06 ± 2,04	6,36 ± 1,75	4,28 ± 2,10	5,86 ± 2,86	1,06 ± 0,80	0,85 ± 0,62	22,46 ± 6,47
Sans couverture	3,98 ± 1,94	6,16 ± 1,86	4,67 ± 2,14	5,96 ± 3,01	1,02 ± 0,84	1,02 ± 0,62	22,80 ± 5,05
P	0,018	0,915	0,319	0,116	0,213	0,197	0,069
<b>Âge lors du diagnostic</b>							
<18	3,38 ± 2,09	6,60 ± 1,78	4,34 ± 1,87	6,08 ± 2,55	1,00 ± 0,76	1,04 ± 0,90	22,44 ± 5,32
18 - 30	4,12 ± 2,15	6,26 ± 1,73	4,54 ± 2,03	5,48 ± 3,09	0,95 ± 0,86	0,99 ± 0,66	22,34 ± 6,26
>30	2,60 ± 1,84	4,80 ± 2,34	3,07 ± 2,71	4,73 ± 2,99	1,00 ± 0,85	0,60 ± 0,83	16,80 ± 7,94
P	0,223	0,043	0,330	0,358	0,827	0,040	0,506
<b>Durée de la maladie</b>							
<5	3,68 ± 2,37	6,36 ± 1,85	4,27 ± 2,06	5,80 ± 3,27	0,83 ± 0,81	0,88 ± 0,79	21,81 ± 7,00
5 - 10	3,89 ± 1,76	6,67 ± 1,75	4,59 ± 2,27	6,33 ± 2,57	1,22 ± 0,85	1,19 ± 0,83	23,89 ± 5,72
>10	3,69 ± 2,11	5,92 ± 1,90	4,27 ± 2,06	5,13 ± 2,66	1,00 ± 0,80	0,95 ± 0,72	20,95 ± 5,80
P	0,726	0,130	0,933	0,063	0,175	0,212	0,187
<b>Nombre d'hospitalisations</b>							
<2	3,62 ± 2,39	6,11 ± 1,69	4,34 ± 2,12	5,41 ± 2,82	0,90 ± 0,83	0,91 ± 0,78	21,29 ± 7,18
>2	4,19 ± 2,04	6,74 ± 1,92	4,26 ± 2,08	6,52 ± 2,93	1,30 ± 0,79	1,22 ± 0,77	24,22 ± 5,82
P	0,797	0,120	0,965	0,237	0,212	0,415	0,140
<b>Prise d'antipsychotiques</b>							
Oui	3,71 ± 2,11	6,30 ± 1,77	4,46 ± 1,97	5,38 ± 2,98	0,96 ± 0,81	0,96 ± 0,79	21,77 ± 6,05
Non	3,74 ± 2,32	5,97 ± 2,16	3,89 ± 2,41	6,34 ± 2,62	1,03 ± 0,86	1,00 ± 0,73	21,97 ± 7,27
P	0,943	0,358	0,154	0,088	0,650	0,772	0,872
<b>Usage de substances</b>							
Oui	4,15 ± 2,17	6,58 ± 1,81	4,71 ± 1,78	6,40 ± 2,76	1,04 ± 0,85	1,10 ± 0,76	23,98 ± 5,41
Non	3,23 ± 2,03	5,83 ± 1,86	3,89 ± 2,33	4,70 ± 2,85	0,90 ± 0,78	0,81 ± 0,77	19,36 ± 6,44
P	0,008	0,014	0,015	0,000	0,306	0,023	0,000

**Table 8: Résultats de l'analyse univariée : Variables sociodémographiques du participant**

Scores moyens	Dimension financière	Activités domestiques	Loisirs	Interactions familiales	Effets sur la santé physique	Effet sur la santé mentale	Total
<b>Genre</b>							
Homme	3,70 ± 2,20	5,17 ± 1,67	4,30 ± 2,55	5,55 ± 2,98	0,75 ± 0,82	0,83 ± 0,74	20,30 ± 6,31
Femme	3,73 ± 2,13	6,93 ± 1,65	4,34 ± 1,72	5,64 ± 2,89	1,12 ± 0,79	1,06 ± 0,78	22,83 ± 6,18
<b>P</b>	<b>0,926</b>	<b>0,000</b>	<b>0,906</b>	<b>0,847</b>	<b>0,006</b>	<b>0,084</b>	<b>0,016</b>
<b>Âge</b>							
<40	3,84 ± 2,08	5,78 ± 2,00	4,69 ± 2,53	5,56 ± 2,68	0,84 ± 0,88	0,97 ± 0,90	21,69 ± 6,57
40 - 50	7,22 ± 2,17	10,0 ± 1,81	7,58 ± 2,15	9,33 ± 3,07	3,58 ± 0,81	4,19 ± 0,75	25,19 ± 6,95
>50	3,74 ± 2,18	6,14 ± 1,82	4,24 ± 1,87	5,61 ± 2,98	1,07 ± 0,79	0,96 ± 0,74	21,70 ± 6,04
<b>P</b>	<b>0,744</b>	<b>0,297</b>	<b>0,040</b>	<b>0,842</b>	<b>0,210</b>	<b>0,696</b>	<b>0,350</b>
<b>Statut marital</b>							
Célibataire	2,70 ± 1,64	5,50 ± 1,35	4,30 ± 2,50	3,90 ± 2,23	0,80 ± 0,92	1,10 ± 0,74	18,30 ± 4,32
Marié	3,74 ± 2,19	6,27 ± 1,89	4,36 ± 2,13	5,95 ± 2,83	0,93 ± 0,82	0,98 ± 0,82	22,23 ± 6,37
Divorcé	4,00 ± 2,89	5,00 ± 2,58	4,00 ± 2,00	6,43 ± 3,36	1,29 ± 0,95	1,14 ± 0,90	21,86 ± 7,65
Veuf	4,00 ± 1,88	6,70 ± 1,55	4,26 ± 1,84	4,48 ± 3,09	1,17 ± 0,72	0,78 ± 0,42	21,39 ± 6,34
<b>P</b>	<b>0,432</b>	<b>0,108</b>	<b>0,973</b>	<b>0,029</b>	<b>0,365</b>	<b>0,574</b>	<b>0,304</b>
<b>Niveau d'éducation</b>							
Analphabète	4,03 ± 2,05	6,76 ± 1,62	4,34 ± 1,66	5,94 ± 3,08	1,11 ± 0,77	0,94 ± 0,67	23,11 ± 5,99
Primaire	3,68 ± 2,24	5,84 ± 1,82	4,47 ± 2,30	5,42 ± 2,57	0,89 ± 0,80	0,92 ± 0,75	21,24 ± 6,04
Secondaire	3,42 ± 2,16	5,77 ± 2,00	4,29 ± 2,24	4,97 ± 2,82	0,81 ± 0,95	1,03 ± 0,98	20,29 ± 6,84
Supérieur	3,26 ± 2,28	6,00 ± 2,21	4,05 ± 2,72	5,95 ± 3,21	0,95 ± 0,78	1,05 ± 0,78	21,26 ± 6,83
<b>P</b>	<b>0,430</b>	<b>0,032</b>	<b>0,915</b>	<b>0,447</b>	<b>0,329</b>	<b>0,877</b>	<b>0,182</b>
<b>Situation professionnelle</b>							
En activité	3,89 ± 2,14	6,23 ± 2,07	5,20 ± 2,45	5,94 ± 2,73	0,86 ± 0,86	0,98 ± 0,76	23,11 ± 6,80
Retraité	3,78 ± 2,62	5,44 ± 1,82	3,56 ± 1,76	5,72 ± 3,34	1,06 ± 0,87	0,89 ± 0,68	20,44 ± 6,61
Sans emploi	3,52 ± 2,04	6,45 ± 1,63	3,68 ± 1,38	5,30 ± 2,98	1,08 ± 0,75	0,98 ± 0,81	21,02 ± 5,62
<b>P</b>	<b>0,713</b>	<b>0,207</b>	<b>0,000</b>	<b>0,378</b>	<b>0,281</b>	<b>0,614</b>	<b>0,141</b>
<b>Lien de parenté</b>							
Paternité	3,83 ± 2,17	6,68 ± 1,76	4,33 ± 1,85	5,78 ± 3,04	1,05 ± 0,78	0,99 ± 0,71	22,65 ± 6,22
Fraternité	3,40 ± 2,06	4,93 ± 2,03	4,53 ± 2,74	4,87 ± 2,65	0,77 ± 0,90	1,13 ± 0,94	19,63 ± 6,47
Mariage	4,00 ± 3,16	6,50 ± 0,55	3,83 ± 2,04	5,67 ± 2,25	1,00 ± 1,10	1,17 ± 0,98	22,17 ± 7,31
descendance	3,67 ± 1,53	6,00 ± 1,00	4,67 ± 1,15	5,00 ± 4,36	1,33 ± 1,15	0,67 ± 0,58	21,33 ± 8,96
Autre	3,54 ± 2,03	5,69 ± 1,38	4,00 ± 2,45	6,15 ± 2,58	0,77 ± 0,73	0,38 ± 0,51	20,54 ± 5,33
<b>P</b>	<b>0,897</b>	<b>0,000</b>	<b>0,908</b>	<b>0,589</b>	<b>0,385</b>	<b>0,043</b>	<b>0,212</b>
<b>Revenu mensuel</b>							
< 3,000	4,03 ± 1,97	6,29 ± 1,74	4,29 ± 2,04	5,81 ± 2,84	1,06 ± 0,79	0,86 ± 0,61	22,35 ± 5,94
3,000 - 7,000	3,60 ± 2,46	6,37 ± 1,85	4,63 ± 2,10	5,34 ± 2,88	0,80 ± 0,87	1,09 ± 0,98	21,83 ± 6,91
> 7,000	2,37 ± 1,95	5,63 ± 2,45	3,95 ± 2,32	5,05 ± 3,41	0,84 ± 0,83	1,26 ± 0,99	19,11 ± 6,81
<b>P</b>	<b>0,007</b>	<b>0,326</b>	<b>0,503</b>	<b>0,488</b>	<b>0,203</b>	<b>0,069</b>	<b>0,124</b>

# DISCUSSION

# **I. Discussion de la méthodologie de travail**

## **1. Choix du questionnaire**

Notre fiche d'exploitation est composée de deux grandes parties : Une **première partie** s'intéressant aux dimensions générales telles que la connaissance de la schizophrénie par les familles, l'usage de la médecine traditionnelle et la satisfaction des familles vis-à-vis du système de santé en matière de psychiatrie, et une **deuxième partie** proprement consacrée à la charge de la famille.

Pour ce qui est de la première partie, nous avons choisi d'élaborer notre propre questionnaire pour l'évaluer, et ce, pour plusieurs raisons.

Primo, c'est une partie largement influencée par les spécificités socioculturelles de notre pays. Par exemple, les outils disponibles dans la littérature pour mesurer les connaissances des familles à propos de la schizophrénie sont développés par et pour les occidentaux[64][65], ils ne sont donc pas toujours adaptés à notre contexte particulier où le taux d'analphabétisme est assez haut, et où la majorité des participants ne comprendront pas les questions.

Secundo, notre travail étant centré principalement sur la charge des familles, nous avons choisi de garder un questionnaire assez simple et non détaillée, chose qui se serait avérée impossible si nous avions utilisé des questionnaires préétablis qui sont plus étendus et dont les questions sont plus étoffées.

Par contre, quant à la seconde partie dédiée exclusivement à l'évaluation de la charge, elle est mesurée en utilisant le FBIS (FamilyBurden Interview Schedule) .

Cet outil a été développé en 1981 par des auteurs indiens (Pai et Kapur) pour les familles de malades mentaux, notamment schizophrènes. Il consiste en un entretien semi-structuré qui évalue la charge objective en utilisant 24 items groupés en 6 dimensions ou catégories (finance, activités domestiques, loisirs, interactions familiales, santé physique et santé mentale), alors que la charge subjective fait l'objet d'une question.

Dans notre enquête, nous avons opté pour la mesure de la charge objective uniquement, car elle permet de recueillir des éléments de réponses plus ou moins concis. En effet, mesurer la charge subjective aurait été délicat à la lumière de notre contexte, où les participants tendent à avoir des réponses floues et imprécises quand il s'agit de paramètres subjectifs.

Cet instrument utilise un système de cotation comme suit :

- 0 : Pas de charge
- 1 : Charge modérée
- 2 : Charge sévère

Ainsi, chaque question (item) est coté de 0 à 2, le score de chaque catégorie est ensuite obtenu en calculant la somme des scores de ses items. Enfin, le score de la charge objective globale est obtenu en calculant la somme des scores des 6 catégories. Plus le score est élevé, plus la charge est considérée sévère.

Le FBIS peut être utilisé dans plusieurs études, par exemple, comparer l'effet de maladies différentes sur la famille, ou comparer des traitements différents pour la même maladie. Il a été créé à la base pour servir dans une étude qui compare le traitement en ambulatoire au traitement en hospitalier pour les patients schizophrènes.

La validation comprend une étude de fidélité interjuges. En tant qu'étude de validité, les auteurs mesurent une corrélation entre score objectif et score subjectif, ainsi qu'une corrélation entre charge et fonctionnement du patient, dans une autre publication. Le score de fiabilité a été de 90% pour 20 questions et entre 87 et 89 pour les 4 restantes.[24]

Après avoir consulté plusieurs instruments d'évaluation de la charge des familles de patients schizophrènes[11], nous avons choisi cet instrument pour trois raisons :

- Son score de fiabilité extrêmement élevé.
- Sa simplicité et sa large diffusion.
- Son adéquation avec notre contexte socioculturel (La population indienne et marocaine ont beaucoup de points communs : Pauvreté, analphabétisme, traditionalisme...)

## **2. Mode d'administration du questionnaire**

Dans cette étude, le questionnaire a été administré par le même enquêteur en face à face, et ceci pour des motifs particuliers. Premièrement, la majorité des membres de la famille étaient analphabètes et ne pouvaient remplir directement le questionnaire. Deuxièmement, à l'envoi postal des questionnaires au domicile des participants, le taux de réponse serait certainement bas, à cause des possibles échecs d'envoi et de réception par courrier et puis encore, du taux d'analphabétisme chez la population étudiée.

Il est vrai aussi, que l'enquête par face à face s'accompagne de quelques biais, les répondants donnant parfois des réponses qu'ils sentent plus acceptables et pouvant être influencés par l'enquêteur lui-même.

### **3. Critères d'inclusion**

Dans notre étude, le choix des participants a obéi à plusieurs critères :

1- Le patient doit être diagnostiqué de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif par un psychiatre selon le DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders), bien que notre étude ait été réalisée après le DSM 5 publié en 2013: Ce critère semble être commun aux différentes études s'intéressant à la charge des familles de patients schizophrènes dans la littérature, même quand celles-ci sont réalisées au-delà de 2013. [57][66][67][68][69]

2- La durée de l'évolution de la maladie post diagnostic doit être de six mois ou plus : Nous avons jugé que cette période était une période suffisante pour le participant de ressentir une charge significative. Cependant, beaucoup d'études n'ont pas précisé la durée minimum de la maladie [70][66][71] alors que d'autres l'ont fixé à un an.[69][68]

3- Le participant doit être le principal ou parmi les principaux aidants familiaux du patient: Contrairement à beaucoup d'études, le fait qu'ils doivent vivre ensemble n'était pas requis pour être inclus .[69][72]

## **II. Comparaison des résultats avec ceux de la littérature**

### **1. Résultats descriptifs**

#### **1.1. Caractères sociodémographiques du patient :**

##### **1.1.1. Le sexe :**

Les patients de sexe féminin étaient considérablement moins nombreux que ceux de sexe masculin. Ceci rejoint les résultats de la plupart des études traitant du même sujet[66][73][74][75]. Les familles ont plus recours aux services d'hospitalisation quand il s'agit de patients de sexe masculin du fait de leur comportement beaucoup plus agressif, et les hôpitaux ont par conséquent plus de lits disponibles pour les hommes dans les services psychiatriques.

##### **1.1.2. L'âge :**

La moyenne d'âge des patients dans notre enquête était de 32 ans, ce qui concorde parfaitement avec les résultats de la littérature.[66][68][70]

##### **1.1.3. Le statut marital :**

Dans notre enquête, les deux tiers des patients étaient célibataires. Ce résultat a la particularité d'être observé dans un grand nombre d'études .[66][68][70] Ceci serait-il dû au fait que les gens refusent généralement l'idée de se marier avec quelqu'un

connu malade mental ? Ou serait-il dû au fait que les schizophrènes ne possèdent pas la maturité émotionnelle pour maintenir une relation stable ?

#### **1.1.4. Le niveau d'éducation :**

Plus de la moitié des patients a atteint le niveau secondaire, contre seulement le dixième avec un niveau d'éducation supérieur. Le niveau d'éducation des patients est un critère souvent absent dans les études similaires, les chercheurs s'intéressant principalement au niveau d'éducation des aidants naturels.[66][67] La schizophrénie étant une maladie qui débute entre 15 et 25 ans, cela affecte nécessairement les études supérieures.

#### **1.1.5. La situation professionnelle :**

Plus des deux tiers des malades dans notre enquête sont sans emploi. Ceci est en adéquation avec les résultats de la littérature, et ce, sans différence entre les pays développés et ceux en voie de développement.[70][73][74]

Dans une étude sur les attitudes envers les malades mentaux et la disposition à les employer dans la société arabe [76], il a été démontré qu'il n'y avait pas de disposition favorable à employer un malade mental, ou même à garder un employé devenu malade mental. Par conséquent, ces malades trouvent beaucoup de difficulté à trouver un emploi, rendant ainsi leur réhabilitation sociale difficile.

*Pinton* a constaté que la communauté tend à attribuer des caractéristiques négatives aux malades mentaux : « Ils sont perçus comme sales, inutiles, brutaux et irritables ; ils sont incapables d'exécuter les tâches qu'elles leurs sont attribuées et

rejetent quiconque qui essaie de s'approcher d'eux, ils mentent- et c'est pour ces raisons qu'ils sont rejetés »[77]

### **1.1.6. Le type de couverture sanitaire :**

La moitié des patients bénéficient du RAMED, alors que presque le tiers n'a aucune couverture sociale. Ce paramètre va s'avérer d'une importance cruciale quant à la charge des familles, et va être discuté ultérieurement.

## **1.2. Caractères sociodémographiques du membre de la famille**

### **1.2.1. Le sexe :**

La majorité des participants étaient des femmes. Ceci s'aligne avec les données de la littérature [10][78][79][80][67][74][70][72] à quelques exceptions près (dans le cas de deux études, les participants étaient majoritairement des hommes, ceci étant principalement dû à la structure particulière de leurs sociétés où les femmes ne peuvent que très rarement s'engager dans des activités à l'extérieur du foyer [69][68])

Les femmes occupent un rôle social très important au Maroc. En effet, c'est généralement aux mères, épouses, sœurs et filles qu'incombe la tâche difficile de s'occuper de leurs proches malades, de veiller à leurs besoins quotidiens : hygiène, nourriture, prise médicamenteuse, achat de cigarettes...

### **1.2.2. L'âge :**

La moyenne d'âge des participants dans notre enquête est de 52 ans. Ces résultats rejoignent ceux de la littérature, où les aidants naturels sont généralement plus âgés que les patients[66][67][68][81].

### **1.2.3. Le statut marital :**

La grande majorité des participants étaient mariés. Ceci concorde avec les études similaires [68][69][70][82].

### **1.2.4. Le niveau d'éducation :**

Le taux d'analphabétisme parmi les participants est très haut. Ce résultat était attendu vu l'âge moyen des participants et le taux d'analphabétisme dans notre pays. Ceci concorde avec les résultats de quelques équipes des pays en voie de développement [67].

### **1.2.5. La situation professionnelle :**

La moitié des participants n'avaient pas d'emploi. Ces chiffres rejoignent ceux de la littérature [67][81]. Cela pourrait être dû au fait que la majorité des participants étaient des femmes, généralement femmes au foyer.

### **1.2.6. Le lien de parenté avec le patient :**

Ce paramètre est au cœur des études sur le fardeau des familles de patients schizophrènes. Dans notre étude, la majorité des participants étaient des parents, ce qui n'est pas du tout différent des observations des enquêtes similaires, où les parents constituaient plus des deux tiers des aidants naturels, sans différence entre les pays développés et ceux en voie de développement. [66][67][68][73][83][84]

Au Maroc, comme dans beaucoup d'autres pays, quand un individu développe un trouble psychotique, sa famille est responsable de sa prise en charge quel que soit son statut marital.

### **1.2.7. Revenu mensuel :**

Les participants ayant un niveau socio-économique bas étaient majoritaires dans notre étude. Le revenu des deux tiers des participants était moins de 3000dh. Ce résultat était attendu dans une institution hospitalière publique.

## **1.3. Caractéristiques cliniques du patient**

### **1.3.1. Age lors du diagnostic :**

La schizophrénie est une maladie qui apparaît à un jeune âge, c'est pourquoi c'est sans surprise que la moyenne d'âge lors du diagnostic dans notre étude était de 22ans. Ceci concorde avec les résultats de plusieurs études dans la littérature.[66][85]

### **1.3.2. Durée moyenne de la maladie :**

La durée médiane de la maladie était de 8ans. Ce chiffre concorde avec les résultats de la littérature.[70][86] La littérature compte plusieurs travaux qui se sont penchés sur l'influence de la durée de la schizophrénie sur la charge[87][88][89] , et beaucoup d'études ont confirmé un lien significatif entre ce paramètre et la charge de la famille.[90][91]

### **1.3.3. Nombre d'hospitalisations :**

La médiane du nombre d'hospitalisations était de 1 hospitalisation. Ce résultat est inférieur à quelques chiffres dans la littérature.[70]

### **1.3.4. Traitement antipsychotique :**

La prise médicamenteuse est un paramètre très important dans ce travail. En effet, elle traduit l'observance du traitement, ce qui peut refléter à son tour si les familles croient en l'efficacité du traitement, ou elle peut au contraire dévoiler une situation financière précaire qui empêcherait la famille de se procurer les médicaments nécessaires.

Dans notre enquête, les deux tiers des patients étaient sous traitement antipsychotique. Le reste ne prenait pas de médicaments pour des causes financières, ou tout simplement parce que le patient refusait de les prendre par déni de sa maladie, ou par délire de persécution.

### **1.3.5. Usage de substances psychoactives :**

La fréquence des addictions chez les patients schizophrènes au cours de leur vie est élevée, elle est de 47 % contre 17 % dans la population générale d'après l'étude Epidemiologic Catchment Area (ECA) réalisée aux Etats-Unis.[92] Chez les patients hospitalisés pour une schizophrénie, la fréquence de l'abus et la dépendance au cannabis varient entre 15 à 40 % au cours de la vie, celles à l'alcool varient entre 17 à 51 %, celles aux opiacés entre 5 à 10 % au cours de la vie. De même, une autre étude réalisée en Allemagne a montré que la comorbidité entre la schizophrénie et l'usage de substances est de 37,7 %, avec un choix particulier pour le tabac, l'alcool, les hypnotiques/tranquillisants, le cannabis et les psychostimulants.[93]

Ces résultats s'alignent avec notre échantillon ou plus de la moitié des patients ont déjà consommé ou consomment toujours des substances. De même, dans une étude marocaine, près de 60% des schizophrènes consommaient des drogues dont 88% étaient dépendants et 54% des abuseurs.[94]

Dans la majorité des études, la toxicomanie précède la schizophrénie.[95]–[97] Il s'agit le plus souvent de cannabis, comme dans le cas dans notre enquête. En effet, cette drogue est considérée comme la plus consommée d'après certaines études[97]–[99], alors qu'il est la deuxième drogue consommée après l'alcool selon d'autres auteurs.[100]–[102] La surreprésentation nette du sexe masculin dans l'usage de substances chez les patients schizophrènes dans notre échantillon est objectivé par la plupart des études.[103]–[107]

#### **1.4. Connaissances des aidants familiaux sur la schizophrénie**

La moitié des participants ne savaient rien sur la maladie de leur proche et n'ont jamais entendu parler du mot « schizophrénie » ni de son équivalent arabe « *fossam* = فصام ». Ils ne pouvaient même pas identifier la maladie comme « une maladie mentale ». Dans une étude tunisienne, seulement 16% des participants ont employé le terme « schizophrénie » pour désigner la maladie de leur proche.[108] De plus, leurs notions sur la curabilité et la chronicité de la schizophrénie sont dans une grande proportion fausses : près de la moitié croient qu'elle est curable alors que plus du tiers croient que c'est une maladie qui n'est pas chronique. Ceci concorde avec les résultats d'une étude turque où 62% des aidants naturels ont affirmé que la schizophrénie était une maladie curable.[109]

Dans une étude réalisée en 2004, l'équipe du CHU (Centre Hospitalier Universitaire) Ibn Rochd de Casablanca a trouvé que plus des deux tiers ne connaissaient rien à la maladie de leurs proches[10] Cette ignorance mène probablement à plus d'anxiété vis-à-vis de l'inconnu, et engendre une frustration chez les familles, ce qui impacte de façon négative l'évolution de la maladie du patient.

Une des observations intéressantes dans ce travail est que la majorité des aidants naturels croient que le patient, malgré toutes les difficultés peut mener une vie normale : travailler, se marier et avoir des enfants. Cette constatation a plusieurs explications : les familles préfèrent peut-être vivre dans le déni d'une maladie souvent invalidante, plutôt que de vivre la culpabilité et la honte d'avoir un malade mental incapable de vivre une vie indépendante; ou ça peut traduire leur foi en la capacité du traitement à stabiliser les symptômes.

Dans un rapport sur les schizophrènes et leurs familles, 80% des participants pensent que le schizophrène a besoin de soins permanents mais peut mener une vie indépendante[85], alors qu'en Turquie, seulement 24% des participants pensent que les malades peuvent se marier, contre 91% qui pensent qu'ils peuvent travailler.[109]

En ce qui concerne les opinions des participants sur les causes de la schizophrénie, la moitié s'est départagé entre l'« usage de drogues » ou un « événement stressant de la vie », alors qu'un très faible pourcentage seulement a affirmé qu'elle avait « des causes biologiques ». Ceci peut avoir un impact négatif sur l'observance du traitement et le suivi médical.

Nos résultats sont très différents de ceux de la littérature. Dans une étude américaine, les causes les plus rapportées étaient « désordre de la biochimie cérébrale », « facteurs héréditaires », « usage de drogues », « infections cérébrales ». [110] Alors que dans une étude similaire dans les pays germaniques, les causes les plus rapportées par ordre de fréquence étaient « stress psychologique », « causes biologiques », « hérédité », « personnalité », « enfance difficile », et « environnement ».[111] Parallèlement, dans une étude turque, plus de la moitié des aidants familiaux pensent que la schizophrénie est une maladie héréditaire. Dans le même cadre, dans une étude chinoise, 84% des participants ont considéré les facteurs psychosociaux tels que le stress, les troubles de personnalité et les problèmes relationnels comme les principales causes de la schizophrénie.[112] Dans une enquête tunisienne, les causes les plus rapportées étaient « un dysfonctionnement familial », « un événement de vie stressant », « des difficultés sociales » et « sorcellerie ».[108]

Pour ce qui est des causes magico-religieuses, nous avons été surpris par leur très faible pourcentage. En effet dans un pays comme le Maroc, où le taux

d'analphabétisme est encore très haut, et où les croyances populaires dominent toujours, on s'attendait à des valeurs plus importantes. Ces résultats sont même inférieurs aux résultats d'une enquête menée en 2004 par l'équipe d CHU de Ibn Rochd, où 25% des participants attribuaient les symptômes de leurs proches à la sorcellerie[10] ; ainsi qu'aux enquêtes similaires menées dans des pays arabes et musulmans.[109][108]Ceci est peut-être dû à la constatation de l'efficacité des traitements médicamenteux, l'inefficacité des thérapies traditionnelle, mais probablement aussi au travail des psychiatres dans la sensibilisation des familles.

Déterminer les connaissances et les opinions des aidants naturels concernant la schizophrénie est très primordial pour créer des matériaux d'éducation pour eux.[113] La désinformation peut induire en erreur les familles sur de nombreux aspects de la maladie, ce qui est susceptible d'affecter la stabilisation de la maladie. Il a déjà été rapporté dans une étude que les activités d'éducation mises en place pour les familles ont transformé leurs connaissances et croyances, et donc leurs attitudes vis-à-vis du soin qu'elles administraient au patient.[114]

Les aidants naturels dans notre échantillon n'ont rapporté aucune formation ou activité organisée par l'hôpital pour pallier à cette ignorance. Ceci est très probablement dû au manque des infrastructures et surtout à l'insuffisance des ressources humaines pour assurer ce genre de programmes. Mais un travail individuel est mené avec les familles pour leur expliquer la nature de la maladie, les traitements et pour les soutenir.

### **1.5. Médecine moderne et « tradithérapie »:**

L'usage de la médecine dite alternative en psychiatrie est très répandu dans les pays arabes et africains du tiers monde.[46][115][116][117]. En Tunisie par exemple, les résultats d'une enquête sur les croyances des membres de la famille sur la schizophrénie sont identiques aux nôtres, soit presque la moitié de l'échantillon a affirmé avoir eu recours à une « tradithérapie », que ce soit avant ou après avoir consulté un psychiatre.[108] Parallèlement, une étude saoudienne a démontré que les personnes avec une histoire psychiatrique avaient 5 fois plus de chance de recourir à un « tradithérapeute » que les autres malades[116], alors qu'au Pakistan, 70% des schizophrènes ont recours à la thérapie traditionnelle.[46]

Dans notre enquête, les deux tiers des participants ont eu recours en premier lieu à un médecin plutôt qu'à un thérapeute traditionnel. Cependant, la moitié a affirmé avoir déjà associé la thérapie traditionnelle, surtout « » aux thérapies médicales. Ce constat n'est pas surprenant dans notre société, où les croyances religieuses sont toujours ancrées dans la conscience collective. Les gens consulteront un psychiatre en premier lieu éventuellement, mais auront recours dans beaucoup de cas à un thérapeute traditionnel « juste au cas où » la maladie a une cause surnaturelle. Ce comportement reflète le désespoir des familles, qui, malgré un niveau d'éducation élevé, n'élimineront pas la possibilité d'une solution « alternative » à la maladie de leur proche. Dans notre échantillon, beaucoup d'universitaires ont affirmé utiliser des moyens traditionnels pour soigner le patient en affirmant que , malgré tout, les possessions et le mauvais œil sont des notions bel et bien présentes dans notre religion.

Il n'est pas surprenant que la thérapie traditionnelle la plus sollicitée soit la « الرقية الشرعية = *roquiacharîa* » ou thérapie par le Coran. Cette méthode est très prisée

car légitime en Islam et recommandée par le prophète, elle ne fait pas appel à des pratiques illégales, et surtout, elle n'est pas violente. En effet, il s'agit d'un soin d'ordre « spirituel » : elle consiste à réciter des paroles sacrées, notamment des versets coraniques et/ou des incantations sur la personne malade afin de soulager ses souffrances. Les participants l'ont souvent associé aux thérapies médicales, souvent avec la bénédiction du psychiatre, qui ne voit aucun mal à laisser la famille utiliser un moyen inoffensif.

Après des dizaines d'entretiens avec les familles des malades, nous avons pu conclure que le recours aux thérapies traditionnelles était un moyen pour s'assurer qu'ils ont exploré toutes les options disponibles pour améliorer l'état de leur proche, utilisé le plus souvent comme dernier recours quand il y a persistance des symptômes.

### **1.6. Charge de la famille des patients schizophrènes :**

Des études récentes ont démontré que la charge expérimentée par les familles de patients schizophrènes dépasse de loin celle expérimentée par les familles de patients souffrant de maladie physique chronique.[118][119][120] La schizophrénie est aussi la maladie mentale la plus génératrice de charge pour les familles selon plusieurs enquêtes.[121][122]

La moyenne des scores de la charge objective globale dans notre échantillon était **21,82**, ce qui est considéré comme modéré (le score va de 0 à 48). Cette moyenne met le Maroc parmi les pays dont les aidants familiaux ont rapporté le moins de charge par rapport à la prise en charge des patients schizophrènes.

En effet, le score moyen de la charge objective dans un échantillon nigérien était de l'ordre de **22,69**.<sup>[90]</sup> Parallèlement, une étude chinoise a retrouvé un score moyen de la charge objective s'élevant à **29,5**.<sup>[123]</sup> Alors que des chercheurs indiens ont estimé le score moyen de leur échantillon à **29,96**<sup>[121]</sup>, et qu'une équipe en Iran l'a déterminé à **35,5**<sup>[124]</sup>.

Les catégories les plus génératrices de charge dans notre enquête étaient respectivement les activités domestiques de la famille (99%), les interactions familiales (95%) et la dimension financière (92%) en troisième position. L'effet sur la santé physique était la catégorie la moins affectée (68%).

### **1.6.1. Dimension financière :**

Face à un échantillon où la grande majorité a un revenu mensuel moins de 3000dhs, nous nous attendions à ce que la dimension financière soit la catégorie la plus génératrice de charge. Pourtant, la charge financière au Maroc est l'une des plus faibles par rapport à la littérature avec un score moyen de **3,72**(0-12), alors qu'au Nigeria, il a atteint **5,85**<sup>[90]</sup>, en Inde **8,63**<sup>[121]</sup> et en Chine **9,54**<sup>[123]</sup>.

Durant notre enquête, rares étaient les participants qui mettaient les soucis financiers en première ligne. Ceci peut être expliqué par le fait que la majorité des patients étaient sans emploi et n'étaient pas les principaux pourvoyeurs de la famille. En effet, leur maladie n'avait pas vraiment un rôle primordial dans la détérioration de la situation financière familiale.

Même si la dimension financière n'était pas le premier souci des familles, 92% des participants ont quand même rapporté une charge dans le domaine économique.

Les items enregistrant les scores les plus élevés étaient « **les dépenses dues à la maladie** » et « **le report d'activité nécessitant un financement** ». En effet, la grande majorité des participants ont mentionné les frais de transport, les prix élevés des médicaments et le coût d'hospitalisation, surtout ceux dont le malade n'avait pas de couverture sanitaire. Des familles ont même dû vendre des biens, dépenser des économies ou même contracter des crédits pour assurer les dépenses dues à la maladie de leur proche. En plus des dépenses régulières dues à la maladie, les familles s'étaient plaint de dépenses un peu moins ordinaires, comme payer pour des dégâts matériels commis par les malades ou frais de conseil juridique en cas d'arrestation par la police. Quelques participants démunis ont même affirmé avoir dû mendier pour payer le traitement ou les frais de transport.

### **1.6.2. Activités domestiques :**

Cette catégorie est sans doute l'une des catégories les plus affectées dans les études s'intéressant à la charge des familles de patients schizophrènes.[90][70]

A la différence des autres maladies chroniques, l'atteinte d'un membre de la famille de schizophrénie entrave la vie quotidienne des autres membres de la famille d'une manière sévère et continue. En effet, le caractère chronique de la maladie, la nature particulière des symptômes et la sévérité des poussées la rendent un handicap majeur.

Au cours de notre enquête, les activités de la vie quotidienne était la catégorie la plus affectée par la maladie du patient, la grande majorité (99%) des participants, quel que soit leur contexte, avaient rapporté une charge à ce niveau.

Le patient avait généralement arrêté d'aller à son travail ou à son école/faculté, était incapable d'aider dans les tâches quotidiennes voire même incapable de prendre soin de lui-même (nourriture, hygiène..). Parallèlement, la condition du malade, surtout quand celui-ci était en poussée, empêchait souvent les membres de la famille de vaquer à leurs occupations (aller au marché, faire la cuisine pour le reste de la famille, payer les factures...) Un grand nombre de participants avaient même affirmé s'être absenté à plusieurs reprises de leur travail pour s'occuper du malade, tandis que d'autres avaient déclaré prendre soin du patient aux dépens d'autres membres de la famille, dans la plupart des cas, du reste de leurs enfants.

### **1.6.3. Loisirs :**

Vivre avec un schizophrène peut s'avérer extrêmement éprouvant. Au cours de cette enquête, beaucoup d'aidants familiaux avaient rapporté une diminution de leurs activités de loisir soit pour s'occuper du malade, soit parce que de toute façon, le cœur n'y était pas.

Cependant, la dimension des loisirs reste très modestement affectée par rapport aux autres dimensions, que ce soit dans notre échantillon, ou dans la littérature, avec des scores moyens entre 4 et 6 (0-8). [121][122][90][123]

### **1.6.4. Interactions familiales :**

Cette dimension représente l'intrication de plusieurs notions. Elle explore l'impact de la schizophrénie du patient sur la relation entre les membres de la famille, leurs interactions avec leur entourage et l'éventuelle stigmatisation qui en résulte. Elle

souligne aussi les différents sentiments que peuvent éprouver les aidants familiaux comme la culpabilité, la honte ou le désespoir.

Nos résultats montrent que la grande majorité des participants décrivent l'atmosphère à la maison comme très tendue. Les disputes entre les membres de la famille sont très fréquentes, elles concernent souvent la répartition des responsabilités liées à la prise en charge des patients : qui va le loger, l'emmener à l'hôpital, payer le traitement... Les participants ont également rapporté un isolement de la famille et une baisse des interactions avec l'entourage, que ce soit le voisinage, les amis ou encore les collègues. Cet isolement est lié dans près de la moitié des cas à un sentiment de honte ancré chez les aidants familiaux. Les parents et surtout les mamans vivent difficilement l'apparition d'une schizophrénie dans la famille. Certaines mamans se sentent responsables de la maladie de leur enfant. Beaucoup de parents ont reconnu que l'apparition de la schizophrénie chez leur enfant à entraîner un bouleversement dans l'environnement familial. Non seulement il est difficile d'accepter, compte tenu des préjugés et des tabous, d'avoir un malade mental (un fou) dans sa famille et de supporter le stress en relation avec les symptômes schizophréniques (agitation, agressivité, propos incohérents...), mais ils doivent aussi vivre avec les aléas d'une maladie chronique et parfois invalidante. [55] Il est important de noter que près de la moitié des participants ont affirmé que le terme utilisé pour désigner le malade était le terme « fou ». La honte et la culpabilité liée à la schizophrénie ont fait couler beaucoup d'encre dans la littérature, sans distinction entre les pays occidentaux et les autres. [10][78][125]

*Ciftci* a observé un sentiment puissant de honte en travaillant avec les enfants atteints de maladie mentale et leurs famille dans un centre de réhabilitation en Turquie. Dans certains cas, la honte était tellement extrême qu'elle a conduit les parents à

séquestrer leurs enfants à la maison. Les pères blâmaient souvent les mères pour avoir donné naissance à un malade mental.[126]

Il existe une autre raison, cette fois-ci externe, à l'isolement de la famille : la stigmatisation. Bien qu'il y ait eu beaucoup de discussion à propos de la stigmatisation des malades mentaux, celle-ci s'applique également aux familles. Les barrières sociales s'érigent généralement contre les foyers et les membres de la famille d'une personne négativement perçue. Les comportements des personnes ayant des troubles psychotiques ont tendance à isoler la famille, ternir sa réputation et à compromettre leurs interactions avec l'entourage.

#### **1.6.5. Effet sur la santé physique :**

Le fardeau de la prise en charge d'un patient atteint de schizophrénie est associé à une qualité de vie diminuée et un impact significatif sur la santé des aidants familiaux.[127][128][129] Peu d'études ont étudié l'effet de la schizophrénie sur la santé physique des aidants familiaux.[130][131] Une étude a rapporté que les membres de la famille prenant soin d'un schizophrène souffraient souvent de lombalgies, ulcères, hypertension artérielle et céphalées.[132]

Au cours de notre enquête, les participants ont rapporté une charge modérée (score moyen de 0,97) en ce qui concerne les effets sur leur santé physique, traduits par l'aggravation d'une maladie chronique préexistante, comme un diabète ou rhumatisme. Cette aggravation est généralement due à la négligence de leur état de santé, soit pour s'occuper du malade, soit par manque de ressources financières, ces dernières étant épuisées par les frais de traitement du patient. Les participants avaient

aussi rapporté des symptômes comme l'insomnie, perte de poids... Ces résultats sont corroborés par la littérature. [90][123]

#### **1.6.6. Effet sur la santé mentale :**

Le score moyen de notre échantillon dans cette catégorie était le plus faible par rapport à la littérature. [90], [121]–[123] En effet, les marocains expriment beaucoup de réticence à se plaindre d'une maladie de leur proche. Ils la considèrent comme une volonté divine, un «*ibtilae*=*إبتلاء*», un test de Dieu pour éprouver leur foi ; du coup se plaindre serait une rébellion contre le dessein divin. Un nombre croissant d'études ont démontré que la religion /spiritualité est fréquemment utilisée comme une ressource d'adaptation pour les patients psychotiques et leurs familles.[133]

Néanmoins, malgré cette humilité devant le destin, les participants, surtout les parents, ont quand même rapporté des sentiments de profonde mélancolie et d'inquiétude. Ils s'inquiètent souvent du devenir de leurs progénitures après leur mort, ceux-ci étant généralement dépendants et nécessitant une prise en charge continue. Ceci concorde avec les résultats de plusieurs études qui ont constaté la présence de symptômes dépressifs chez la plupart des aidants familiaux. [67][134][135][136][137][138] Une étude au Sri Lanka a trouvé que la dépression chez l'aidant familial de patients schizophrènes était liée à l'interruption de son travail, à la dégradation de ses relations avec les autres, et à la quantité de temps dépassé avec le malade. Cependant, la gravité de ces symptômes motive rarement une consultation chez un professionnel de la santé mentale, sous prétexte que « ça va passer » ou que « ce n'est pas une priorité ».[137]

Les aidants familiaux, surtout les femmes, ont souvent exprimé un fort sentiment de peur, elles vivent dans une constante crainte que le malade les frappe, voire même les agresse sexuellement. Beaucoup de mères ont rapporté leur inquiétude de laisser le patient seul avec ses frères et sœurs, surtout lorsqu'il est en poussée.

## **2. Résultats analytiques**

### **2.1. Dimension financière**

Comme prévu, le type de couverture sanitaire était étroitement lié à la charge financière. Une constatation mérite cependant un intérêt particulier : Les familles dont le patient bénéficiait du RAMED avaient presque la même charge que les familles dont le malade n'avait aucune couverture sanitaire. Ceci reflèterait à quel point le RAMED est encore loin d'être une couverture sanitaire complète, principalement à cause des procédures administratives et les contraintes de la carte sanitaire. Par exemple, le RAMED n'inclut pas systématiquement les médicaments, ce qui impacte dans beaucoup de cas l'observance du traitement chez les malades. A l'hôpital Arrazi par exemple, le service d'hospitalisation ouvert n'offre pas ses services gratuitement aux patients bénéficiant du RAMED, qui doivent payer une différence de 100dhs par nuit. Il ne faut pas oublier que les dépenses s'étendent aux frais de transport, de logement aussi si la famille n'est pas originaire de la même ville que l'hôpital.

Parallèlement, même si le revenu de la famille est assez important, quand le patient n'a pas de couverture sanitaire, le coût de la maladie reste très pénible. En effet, le coût de la nuit s'élève à 300dhs à l'hôpital Arrazi par exemple, et l'ordonnance à la sortie de l'hôpital peut coûter jusqu'à 1300dhs. Ceci sans compter les frais de consultation, des bilans biologiques et des différents

déplacements. Notons aussi que les frais de la « tradithérapie » pouvaient aller jusqu'à 1200dhs par mois, comme par exemple les frais de séjour à *Bouya Omar*.

La relation entre l'usage des substances psychoactives chez le patient et la charge financière sur la famille était très attendue. En effet, les aidants familiaux avec des patients usagers ont rapporté des dépenses plus importantes en relation avec l'achat de drogues, surtout le cannabis. Des familles dépensaient même jusqu'à 50dh par jour et plus pour assurer les frais de consommation journalière de cannabis du malade, argumentant qu'ils ne pouvaient subir le comportement agressif et agité du patient si ils venaient à refuser.

Les facteurs liés à la charge financière diffèrent selon les pays et les cultures. Par exemple, au Nigeria, une étude a démontré que la durée de la maladie et le nombre d'heures passées avec le malade avaient une liaison significative avec la charge dans la dimension financière.[90] Par ailleurs, une équipe belge a retrouvé une liaison significative entre le lien de parenté et la contribution financière, les parents dépensant significativement plus d'argent pour s'occuper du malade que les conjoints.[70]

## **2.2. Activités domestiques de la famille**

Une équipe belge a rapporté que les parents avaient significativement plus de charge dans cette catégorie. Ils assuraient les tâches qui étaient normalement du ressort de leurs enfants avant que ceux-ci ne tombent malades et fournissaient volontiers plus d'efforts pour s'occuper du malade.[70] Ce résultat concorde parfaitement avec notre enquête. En effet, dans notre échantillon, les parents ont exprimé une charge plus lourde en rapport avec les activités quotidiennes que les conjoints et les frères et sœurs. Ils délaissaient souvent leurs activités, des fois même leur travail pour

s'occuper du malade. Cependant, dans d'autres études, notamment en Inde et en Australie, les parents ont affiché moins de charge que les conjoints.[69][139]

Les femmes avaient aussi significativement plus de charge dans cette catégorie que les hommes. Ceci est compréhensible vu l'importance de leurs responsabilités à la maison.

Si la paternité et le sexe féminin du participant sont les facteurs les plus significatifs par rapport à cette catégorie, alors les mères sont les aidants familiaux les plus touchés en ce qui concerne les activités et la vie quotidienne.

Dans notre pays, la situation particulière de la mère doit être mise en relief. Les mères de patients psychiatriques se sentent coupables vis-à-vis de la maladie de leurs progénitures. Elles s'impliquent fortement avec leurs enfants malades, alors que ces derniers les perçoivent souvent comme des persécuteurs. En plus de s'occuper de la nourriture, l'hygiène, et le logement, ces mères se voient dans beaucoup de cas obligées d'acheter à leurs fils cigarettes, voire même de l'alcool et d'autres drogues.

Ces constats sont communs des pays où la société est encore patriarcale avec des valeurs traditionnelles.[66] [68] [130] [141]Les mères y ont un statut particulier, où elles sont généralement les aidants primaires si ce n'est les seules. Ceci est dû en grande partie à leur engagement psychologique et pratique dans leur rôle,[142] et c'est un aspect que les professionnels de la santé mentale devraient prendre en considération. [143][144][18].

Le niveau d'éducation du participant s'est aussi avéré un facteur très significatif concernant l'interruption des activités quotidiennes du foyer, les participants

analphabètes enregistrant le plus de charge. Il s'agit en effet de l'un des facteurs les plus proéminents en cette matière.[86][145][146]Il a été suggéré que le haut niveau d'éducation chez l'aidant familial pourrait servir de « facteur de protection » contre une charge sévère.[86][147]

### **2.3. Loisirs**

Nos résultats démontrent que plus le participant est jeune, plus il souffre d'une charge plus importante en ce qui concerne les loisirs. Il est logique que les jeunes aient plus besoin d'activités de loisirs que leurs aînés. Sortir entre amis, voyager et prendre des vacances participent d'une façon considérable dans l'épanouissement de l'être humain et lui permet d'avoir un équilibre émotionnel. S'occuper d'un patient schizophrène impose des contraintes qui brisent cette balance et contribuent ainsi à un fardeau plus important.

Les participants ayant une activité professionnelle ont également affiché une charge beaucoup plus importante que ceux sans emploi ou à la retraite. C'est un constat qui s'est déjà répété dans la littérature.[90] Le temps alloué aux loisirs est très limité quand on a un emploi, et avec un schizophrène à sa charge, ce n'est que plus difficile.

### **2.4. Interactions familiales**

Quoique le lien entre le statut marital du patient et du participant et la charge n'a pas été établi dans plusieurs études [90][148] Notre analyse a démontré que les patients divorcés, tout comme les participants divorcés, étaient significativement liés à plus de charge. Ceci pourrait être expliqué par le fait qu'en plus de la stigmatisation

liée à la schizophrénie, les patients et les participants subissaient également les répercussions des préjugés dans une société où le divorce est encore un sujet tabou, et surtout en raison de l'isolement et l'absence d'un soutien de plus, il constitue toujours une source de stress.

L'usage de substances psychoactives pourrait augmenter la charge liée aux interactions de la famille avec l'entourage pour les mêmes raisons. L'usager de substances est généralement très mal perçu, il est considéré inutile et est perçu comme une nuisance pour sa famille et son entourage. Le patient schizophrène usager de substances subit donc une double stigmatisation : la première liée à son addiction et la deuxième liée à sa maladie mentale.

## **2.5. Effet sur la santé physique**

Dans notre enquête, le seul facteur significativement lié à la santé physique était le sexe féminin du participant. En effet, les femmes se plaignaient plus souvent de la dégradation de leur santé suite à la maladie de leurs proches. En effet, si elles avaient une maladie préexistante, elles cessaient d'aller à leurs rendez-vous médicaux, ne faisaient pas leurs bilans et arrêtaient même d'acheter leurs médicaments. Elles rapportaient également plus d'insomnie et de perte de poids. Ces résultats concordent avec la littérature.[130][149]

Contrairement à nos attentes et aux résultats de plusieurs études en la matière [90][150], l'âge de l'aidant familial n'était pas corrélé à la charge en rapport avec la santé physique. Il n'y avait pas de différence significative entre les participants âgés et ceux plus jeunes.

## **2.6. Effet sur la santé mentale**

Au cours de cette enquête, les conjoints sont les aidants familiaux qui ont rapporté le plus de charge liée à leur santé mentale. Ceci concorde avec plusieurs études[69][139], quoique ça contraste avec beaucoup d'autres[90][151]. Le stress psychologique ressenti par le conjoint est souvent plus important, car il ne se sent pas responsable de la maladie, et la perçoit de façon plus négative que les parents ou la fratrie.

## **2.7. Charge objective globale**

Des études précédentes ont démontré que les aidants naturels des patients schizophrènes partout dans le monde souffraient de charge modérée à sévère [67], [69], [70], [74], [81], [90], [91], [123], [139], [141], [152]–[154]. Cependant, les facteurs sociodémographiques associés à la charge du soin varient selon les études.

Les facteurs les plus impliqués dans la charge incluent la sévérité des symptômes du malade[69][134], le bas niveau d'éducation de l'aidant familial[69][146] et le manque de soutien social[155].

Dans notre étude, cinq facteurs significatifs ont été retrouvés. Tout d'abord, l'analyse des résultats a démontré que plus le patient est jeune, plus la charge relative à sa prise en charge était plus importante. Ceci concorde avec les données de beaucoup d'articles traitant du même sujet. [69], [143], [156]–[158]

Le jeune âge du patient est souvent lié à une déception quant aux perspectives de son avenir, que les parents perçoivent comme entravé pour toujours par la

schizophrénie. Ils sont donc obligés de faire le deuil de leurs espoirs : le voir finir ses études, travailler, se marier et avoir des enfants... Par ailleurs, le jeune âge du patient motive des dispositions plus importantes quant à sa prise en charge, la famille ne lésine pas sur les moyens afin d'assurer sa guérison, que ce soit en tradithérapie ou en médecine moderne. Les jeunes patients, plus agressifs et plus instables, sont d'ailleurs souvent sous antipsychotiques atypiques qui sont plus onéreux.

Le constat que les patients de sexe masculin génèrent plus de charge est assez rare dans la littérature. En effet, la plupart des études n'ont pas trouvé de lien significatif entre le sexe du patient et la charge.[152] Une étude au Koweït a trouvé au contraire que les patients de sexe féminin étaient responsables de plus de charge globale, du fait du statut particulier des femmes dans les pays du Golfe.[69]

Parallèlement, les femmes, surtout les mères, subissent plus de charge que les autres quand il s'agit de prendre soin d'un patient schizophrène. Ceci rejoint les résultats de la littérature,[67][129][159][160] et pourrait être expliqué par le début généralement précoce de la maladie, qui fait que le premier aidant familial soit généralement le parent, notamment la mère.

L'analyse a démontré que les patients universitaires et analphabètes génèrent moins de charge que ceux avec un niveau primaire ou secondaire. Plusieurs explications pourraient justifier ce constat : Primo, on pourrait argumenter que les patients avec un niveau universitaire auraient généralement une couverture sanitaire satisfaisante, des fois même un salaire fixe après leur réforme, ce qui contribuerait considérablement à diminuer la charge financière par exemple. Secundo, la schizophrénie n'aurait pas de réel impact sur les perspectives d'avenir des patients

analphabètes, ce qui rendrait sa charge plus supportable. Ces arguments ne sont pas assez consistants pour les citer.

Enfin, il existe une relation statistiquement très significative entre l'usage de substances et la charge objective globale. En effet, les patients usagers de substances se distinguent des autres par un nombre supérieur d'hospitalisations en psychiatrie. [92][161][103] Une autre étude a constaté que le taux de rechute au bout d'un an était significativement supérieur chez le groupe de patients schizophrènes continuant à consommer des substances comparativement au groupe abstinente (68,0 % versus 33,3 %). [162] Une association entre l'abus de substances et les conduites suicidaires dans la schizophrénie a également été retrouvée dans plusieurs études. [163][164][165][166]

Tous ces facteurs font que l'usage de substances psychoactives constitue un facteur très déterminant de la charge de la famille. Les participants ont souvent rapporté que la non-observance du traitement antipsychotique était directement liée à l'usage de substance par le patient. Ils ont également constaté une aggravation des symptômes suite à la consommation de drogues. Ces faits engendrent un désespoir croissant chez les aidants familiaux, surtout les parents, qui ne peuvent plus envisager un futur où la maladie de leur enfant pourrait être stabilisée tant qu'il continue à consommer ces substances.

Nous ne pouvons conclure la discussion de ces facteurs influençant la charge et leur impact sur les familles sans les discuter à la lumière du projet de loi 71-15 en cours d'adoption, depuis le mois de juillet 2015. En effet, ce projet de loi a été conçu par les autorités publiques comme une réforme du décret du 30 avril 1959, avec pour objectif « la lutte contre les troubles mentaux et la protection des personnes atteintes de troubles mentaux ». Cette initiative du ministère de la santé, quoique saluée par les

professionnels de la santé mentale, a été sujette d'une grande polémique. Elle est jugée désuète, très administrative mais surtout loin de la réalité. Ce projet de loi rendrait les procédures administratives d'admission et de sortie des structures hospitalières plus strictes, et les textes de loi plus difficiles à appliquer, en l'absence de structures de soins satisfaisants les besoins et répondants aux normes, ce qui pousserait les patients et leurs familles à solliciter des réseaux moins compliqués, notamment les réseaux de soins informels.

# CONCLUSION

Malgré l'insuffisance des ressources matérielles et humaines dans le secteur de la santé mentale, la charge des familles de patients atteints de schizophrénie était relativement modérée par rapport à beaucoup de pays. Ce constat souligne la particularité du contexte marocain où le tissu social reste soudé et la famille représente un système de soutien et de solidarité.

Cette étude a mis en évidence les trois principales contraintes rencontrées par les familles qui s'occupent d'un de leurs membres atteint de schizophrénie : La perturbation des activités quotidiennes, la dégradation de la qualité des interactions familiales avec l'entourage et les difficultés financières.

Au Maroc, ce sont les mères qui subissent le fardeau le plus lourd quand il s'agit de prendre soin du malade.

Parallèlement, dans notre échantillon la charge des familles est liée à plusieurs paramètres, dont le sexe masculin du patient, son jeune âge, son niveau d'éducation, mais surtout, à l'usage de substances psychoactives.

Ces conclusions ne sont qu'une première étape pour permettre aux professionnels de la santé mentale et aux autorités publiques d'identifier les sources et les domaines de la charge de la famille d'un patient atteint de schizophrénie dans notre contexte marocain.

Malgré les efforts du ministère de tutelle pour promouvoir le secteur de la santé mentale (renforcement de la capacité litrière et instauration de nouveaux programmes nationaux, ainsi que la généralisation de la couverture sanitaire), plusieurs points

devraient encore être revus pour améliorer la qualité de soins et soulager le fardeau de ces familles.

La recommandation la plus saillante qui resurgit de ce sujet, que ce soit de la part des professionnels de la santé ou celle des familles, est la nécessité de la mise en place de structures socio-médicales intermédiaires, qui feraient office de liaison entre les services d'hospitalisations conventionnelles et les familles. Ces structures auraient comme objectif la réinsertion sociale des patients schizophrènes et leur réhabilitation pour un meilleur fonctionnement au sein de la société. Cette démarche permettra de diminuer le nombre de rechutes des patients, et contribuera à alléger la surpopulation des institutions hospitalières psychiatriques en diminuant les durées d'hospitalisation.

De plus, ces structures permettront d'accompagner les familles et d'organiser des séances d'information et de psychoéducation à leur attention, ce qui serait un moyen efficace pour les éduquer sur les différents aspects de la schizophrénie, la particularité des symptômes et la façon correcte de les gérer ainsi que les effets indésirables des traitements antipsychotiques. Ces séances pourraient contribuer à soulager la peur et l'anxiété que ressentent généralement ces familles et à améliorer leur qualité de vie.

Nous ne pouvons donc pas évoquer ces recommandations et leur impact sur les familles sans les discuter à la lumière du projet de loi 71-15 en cours d'adoption. Ce projet de loi, quoique salué par les professionnels de la santé mentale reste sujet d'un grand débat. Il rendrait les procédures administratives d'admission et de sortie des structures hospitalières plus strictes, et les textes de loi plus difficiles à appliquer, ceci en l'absence de structures de soins satisfaisants les besoins. Ceci pousserait

certainement les patients et leurs familles à solliciter des réseaux moins compliqués, notamment les réseaux de soins informels.

Il est donc impératif que les différents acteurs concernés par cette problématique joignent leurs efforts pour instaurer des plans d'action adaptés aux particularités du contexte marocain afin d'améliorer la qualité de vies des patients atteints de schizophrénie et leurs familles.

# RESUMES

## Résumé

**Titre** : L'impact de la schizophrénie sur la famille au Maroc.

**Auteur** : SABAH Meryem Sara Zineb

**Mots clé** : schizophrénie – charge – famille

Les études réalisées à propos de la charge des familles des patients schizophrènes dans le monde arabe, et notamment au Maroc, restent très rares. L'évaluation de ce paramètre est une démarche importante pour améliorer les soins au profit des patients atteints de schizophrénie et pour soulager les familles de ce fardeau.

Ce travail vise à évaluer la charge des familles des patients schizophrènes au Maroc et les domaines affectés, et identifier les facteurs sociodémographiques liés à cette charge.

Il s'agit d'une étude prospective réalisée à l'hôpital Arrazi de Salé. 150 participants ont été recrutés, tous s'occupant d'un membre de la famille atteint de schizophrénie. Un hétéroquestionnaire est utilisé pour recueillir leurs caractéristiques sociodémographiques et cliniques et leur charge objective. La charge objective a été mesurée en utilisant le FBIS (Family Burden Interview Schedule).

Les patients: 80% étaient des hommes. La moyenne d'âge était de 32,4 ans  $\pm$  10,1. 70% ont une couverture sanitaire dont (48%) ne bénéficiaient que du RAMED (régime d'assistance médicale). 53% étaient des usagers de substances psychoactives. Les participants: 60% étaient des femmes. La moyenne d'âge était de 51,9 ans  $\pm$  12,8. 65% étaient des parents. 50% ne connaissaient pas la maladie de leurs proches. 41% étaient insatisfaits de la communication avec le psychiatre. La moyenne de la charge des familles était 22,82 (0-48). Les catégories les plus touchées par la charge étaient : les activités domestiques, les interactions familiales et les finances.

Dans cette étude, la charge des familles de patients atteints de schizophrénie était liée à 5 facteurs sociodémographiques : le sexe féminin de l'aidant familial, le sexe masculin du patient, son jeune âge, son niveau d'éducation, et surtout l'usage de substances psychoactives.

## **Abstract**

**Title:** Impact of schizophrenia on the family in Morocco.

**Author:** Sabah Meryem Sara Zineb

**Key words:** Schizophrenia, Family, Burden.

There have been very few studies conducted in the Arab world and in Morocco about the burden of families of patients with schizophrenia. The assessment of this parameter is an important step towards the improvement of the quality of care of schizophrenic patients and the alleviation of the burden of their families.

This study has two main objectives: Assessing the burden of families of patients with schizophrenia in Morocco and its most affected areas, and identify the sociodemographic factors significantly associated with that burden.

This is a prospective study, both descriptive and analytical, carried out at Arrazi Psychiatric Hospital in Sale. 150 participants who were primary caregivers of patients with schizophrenia were recruited. A heteroquestionnaire was used to collect their sociodemographic and clinical characteristics, their objective burden and their satisfaction about the mental health system. The objective burden was measured using the FBIS (Family Burden Interview Schedule).

Patients: 80% were men, mean age was 32,4years (SD: 10,1),70% had healthcare including 48% who had RAMED (medical assistance plan), 53% were psychoactive substance users. Participants (caregivers):60% were women, mean age was 51,9years (SD: 12,8), 41% were illiterate, 65% were parents, 50% didn't have any knowledge about the illness of their relative, 41% were unsatisfied with their communication with the psychiatrist. The mean score of the family burden in Morocco was 21,82 (0-48). The most affected categories were: family routine, family interaction and finances.

In this study, the burden of families with patients with schizophrenia was significantly associated with 5 sociodemographic variables: the female gender of the caregiver ( $p=0,01$ ), the masculine gender of the patient( $p=0,02$ ), his young age ( $p=0,004$ ),his education level( $p<0,0001$ ), but mostly his psychoactive substance use( $p<0,0001$ ).

## ملخص

**العنوان:** تأثير مرض الفصام على الأسرة بالمغرب

**المؤلفة:** صباح مريم صارة زينب

**الكلمات الأساسية:** الفصام- الأسرة- العبء

تعتبر الدراسات المنجزة حول العبء الملقى على أسر المرضى المصابين بالفصام في العالم العربي عامة و في المغرب خاصة قليلة، و من تم تقييم هذا العامل خطوة هامة لتحسين رعاية المرضى الذين يعانون من مرض الفصام، و لتخفيف العبء على الأسر التي تعاني من هذا العبء.

لهذه الدراسة هدفان: تقييم العبء على أسر المرضى المصابين بالفصام في المغرب و المجالات الرئيسية المتضررة، و تحديد العوامل الاجتماعية و الديموغرافية المرتبطة إلى حد كبير بهذا العبء.

العمل عبارة عن دراسة احتمالية أجريت في مستشفى الرازي بسلا حيث تم تجنيد 150 مشاركا، كلهم يقومون برعاية أحد أفراد الأسرة مصاب بالفصام. استخدم استبيان متنوع لجمع الخصائص الاجتماعية و الديموغرافية و السريرية، الأعباء الموضوعية و الرضا على نظام رعاية الصحة العقلية. و قد تم قياس الأعباء الموضوعية باستخدام (FBIS (Family Burden Interview Schedule).

المرضى: 80% هم من الذكور. متوسط العمر كان 32,4 سنة  $\pm 10.1.70$  % لديهم تغطية صحية مع ثلثين (48%) لديهم نظام المساعدة الطبية (RAMED) 53% منهم يستخدمون المخدرات. المشاركون: كانت النساء تشكل 60%. كان متوسط العمر هو 51.9 سنة  $\pm 12.8$  ، 41% منهم أميون و 65% كانوا هم الوالدين. 50% لا يعرفون نوعية مرض أقاربهم 41% غير راضين عن التواصل مع الطبيب النفسي المعالج. كان متوسط تحمل الأسر في المغرب 22.82 (0-48). المجالات الأكثر تضررا في العبء هي: النشاطات المنزلية، العلاقات الأسرية و المالية.

في هذه الدراسة، كان العبء على أسر المرضى المصابين بالفصام ذو صلة ذات مدلول كبير مع خمسة عوامل اجتماعية-ديموغرافية: الجنس الأنثوي للراعي الأسري ( $p=0,01$ )، الجنس الذكري للمريض ( $p=0,02$ ) ، صغر السن ( $p=0,004$ ) ، المستوى التعليمي ( $p<0,0001$ ) و خاصة تعاطي المرضى للمخدرات ( $p<0,0001$ ).

# ANNEXES

## Questionnaire des familles des patients schizophrènes

### A-Données socio-démographiques

#### 1-Patient

**Genre :**

Homme

Femme

**Age :**

**Statut civil :**

Célibataire

Marié/mariée

Divorcé/divorcée

Veuf/veuve

**Niveau d'éducation :**

Analphabète

Niveau primaire

Niveau secondaire

Niveau universitaire

**Situation professionnelle :**

En activité

Retraité

Sans emploi

Réformé

**Usage des drogues :**

Oui

Non

**Revenu par mois de la famille :**

<3000dh

3000dh<<7000dh

>7000dh

#### 2-Membre de la famille

**Genre :**

Homme

Femme

**Age :**

**Statut civil :**

Célibataire

Marié/mariée

Divorcé/divorcée

Veuf/veuve

**Niveau d'éducation :**

Analphabète

Niveau primaire

Niveau secondaire

Niveau universitaire

**Situation professionnelle :**

En activité

Retraité

Sans emploi

Réformé

**Parenté avec le patient :**

Père/mère

Frère/sœur

Epoux/épouse

Fils/fille

Autre (préciser) .....

**Type de couverture médicale :**

FAR

CNSS

CNOPS

RAMED

Pas de couverture sociale

### B-Données cliniques

1-Age lors du diagnostic

1-Durée

3-Nombre d'hospitalisation à cette date

4-Est ce que le patient est sous traitement médical ?

Oui

Non

### C-Connaissances sur la schizophrénie

1-Connaissez-vous la maladie de votre proche ?

Oui

Non

2-Avez vous déjà entendu parler du **قصام / Schizophrénie**?

Oui

Non

3-Si oui, de quelle source tenez vous ces informations ?

- Des professionnels de la santé.
- Des médias traditionnels (TV, radio, journaux)
- D'internet
- De votre entourage

4-Est ce que vous pensez que cette maladie est chronique ?

Oui

Non

5-Est ce que vous pensez que cette maladie est curable ?

Oui

Non

6-Est ce que vous pensez que cette maladie peut être stabilisée sous traitement ?

Oui

Non

7-Selon vous, est ce qu'un schizophrène peut mener une vie normale ?

- Non
- Se marier ?
- Travailler ?
- Avoir des enfants


8-Selon vous, quelle est la cause de cette maladie ?

- Cause organique
- Héritéité
- Evènement traumatique ( mort d'un parent, divorce, licenciement..)
- Sorcellerie ou djinns ( jnoun )
- Usage de drogues
- Autre (préciser) .....


**D-Médecine moderne et médecine traditionnelle**

1-Lors de l'apparition des premiers symptômes, quelle était votre première conduite ?

- Consulter un médecin
- Consulter un thérapeute traditionnel
- Autres (à préciser) .....


2-Si vous avez consulté un médecin en premier lieu, lequel ?

- Généraliste
- Psychiatre
- Autres (neurologue, psychologue..)


3-Si vous avez eu recours à une thérapie traditionnelle en premier lieu, laquelle ?

- Talismans
- Visite de saints (marabouts)
- Lecture de coran
- Exorcisme par usage de violence
- Potions et herbes médicinales


4-Avez-vous déjà associé les deux méthodes ? ( thérapie traditionnelle et moderne)

Oui		Non	
-----	--	-----	--

5-Pensez vous que la thérapie traditionnelle est efficace ?

Oui		Non	
-----	--	-----	--

6-Pensez vous que la médecine moderne est efficace ?

Oui		Non	
-----	--	-----	--

**E-Charge / impact de la maladie sur la famille**

**1- Aspect financier :**

- a. Perte des revenus du patient.
- b. Perte des revenus d'un autre membre de la famille à cause de la maladie du patient.
- c. Dépenses dues à la maladie du patient et à son traitement.
- d. Dépenses dues à des accommodations nécessaires.
- e. Crédits contractés ou économies dépensées.
- f. Activité nécessitant un financement reportée à cause de la maladie du patient.

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


**2-Activités domestiques**

- a. Le patient ne va plus à son travail, son école, sa faculté.
- b. Le patient ne participe pas aux tâches domestiques de la maison.
- c. Interruption ou arrêt des activités quotidiennes des membres de la famille.
- d. Interruption ou arrêt des activités à cause du comportement irrationnel du malade.
- f. Négligence des autres membres de la famille à cause de la maladie du patient.

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


**3-Loisirs**

- a. Arrêt des activités habituelles de loisirs.
- b. La maladie du patient empêche un membre de la famille de partir en vacances.
- c. Le patient ne participe pas aux loisirs de la famille.
- d. Annulation d'une activité de loisirs à cause du patient.

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


**4-Intéractions familiales :**

- a. Effet sur l'atmosphère générale à la maison.
- b. Disputes de la famille à cause de la maladie du patient.
- c. La famille et le voisinage ont arrêté de vous visiter.
- d. La famille est devenue isolée.
- e. Autres effets sur la famille ou sur la relation de la famille avec l'entourage.

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


**5-Effet sur la santé physique**

- a. Un membre de la famille souffre ou a souffert physiquement à cause des symptômes du patient.
- b. Autres effets sur la santé physique.

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


**6-Effet sur la santé mentale**

Nulle    Modérée    Sévère  
(0)        (1)        (2)


- a. Un membre de la famille a déjà consulté chez un médecin pour une détresse psychologique à cause de la maladie du patient.
- b. Un des membres de la famille a perdu le sommeil, est devenu déprimé, excessivement émotif.


**F-Famille et systèmes de santé**

1-Niveau de satisfaction de la communication avec le psychiatre traitant ?

- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- non satisfaisant


2-Niveau de satisfaction des institutions psychiatriques au Maroc ?

- Satisfaisant
- Peu satisfaisant
- non satisfaisant


3-Type de prise en charge de la maladie :

- Consultation en public + hospitalisation en public
- Consultation en privé + hospitalisation en public


# BIBLIOGRAPHIE

- [1] “Schizophrénie.” [Online]. Available: [http://www.fondation-fondamental.org/page\\_dyn.php?page\\_id=MDAwMDAwMDA0NA==](http://www.fondation-fondamental.org/page_dyn.php?page_id=MDAwMDAwMDA0NA==). [Accessed: 26-May-2016].
- [2] “OMS | Organisation mondiale de la Santé.”
- [3] **E Kraepelin.**, *Clinical psychiatry: a textbook for students and physicians*, 6th ed. New York, 1902.
- [4] **W. R. Gove**, “Societal reaction as an explanation of mental illness: an evaluation.,” *Am. Sociol. Rev.*, vol. 35, no. 5, pp. 873–84, Oct. 1970.
- [5] **N. Carpentier**, “Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle,” *Sci. Soc. Sante*, vol. 19, no. 1, pp. 79–106, 2001.
- [6] **G. AUSLOOS**, *Compétence des famille.Temps,chaos,processus*. 1995.
- [7] **S. B. Jean-François Rocamora., Claire-Marie Verdon., René Benadhira., Ghasseh Saba.**, “Psycho-éducation auprès des familles de patients schizophrènes.,” *Perspect. Psy*, vol. 43, p. 72.
- [8] **Y. Hodé**, “Prise en charge des familles de patients schizophrènes,” *Ann. Médico-psychologiques, Rev. Psychiatr.*, vol. 169, no. 3, pp. 196–199, Apr. 2011.
- [9] “Profamille: pourquoi s’occuper des familles de malades ?, un programme qui a fait ses preuves.” [Online]. Available: <http://www.associationamali.com/profamille.html>. [Accessed: 26-May-2016].
- [10] **N. Kadri, F. Manoudi, S. Berrada, and D. Moussaoui**, “Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia.,” *Can. J. Psychiatry.*, vol. 49, no. 9, pp. 625–9, Sep. 2004.
- [11] **P. A. G. REINEC., LANCONM., C. SIMEONI .,** “La charge des aidants naturels de patients schizophrènes : revue critique des instruments d’évaluation.,” *Encephale.*, 2008.
- [12] “Aidant naturel.” [Online]. Available: [http://aidantnaturel.ca/1-45-Definition\\_aidant\\_naturel.html](http://aidantnaturel.ca/1-45-Definition_aidant_naturel.html). [Accessed: 26-May-2016].
- [13] “Code de la santé publique - Article L1111-6-1 | Legifrance.” [Online]. Available: <https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006685775&cidTexte=LEGITEXT000006072665>. [Accessed: 26-May-2016].

- [14] “Larousse.fr : encyclopédie et dictionnaires gratuits en ligne.” [Online]. Available: <http://www.larousse.fr/>. [Accessed: 26-May-2016].
- [15] **D. B. Andrea Fiorillo., Umberto Volpe.,** *Psychiatry in Practice: Education, Experience, and Expertise.* 2016.
- [16] **J. Grad and P. Sainsbury,** “Problems of caring for the mentally ill at home.,” *Proc. R. Soc. Med.*, vol. 59, no. 1, pp. 20–3, Jan. 1966.
- [17] **J. Grad and P. Sainsbury,** “Problems of caring for the mentally ill at home.,” *Proc. R. Soc. Med.*, vol. 59, no. 1, pp. 20–3, Jan. 1966.
- [18] **S. H. Zarit, K. E. Reever, and J. Bach-Peterson,** “Relatives of the impaired elderly: correlates of feelings of burden.,” *Gerontologist*, vol. 20, no. 6, pp. 649–55, Dec. 1980.
- [19] **S. Platt,** “Measuring the burden of psychiatric illness on the family: an evaluation of some rating scales.,” *Psychol. Med.*, vol. 15, no. 2, pp. 383–93, May 1985.
- [20] **K.-R. Chou,** “Caregiver burden: A concept analysis,” *J. Pediatr. Nurs.*, vol. 15, no. 6, pp. 398–407, Dec. 2000.
- [21] **K. C. Walker, L. O., & Avant,** “Strategies for theory construction in nursing.,” 1988.
- [22] **J. C. Romeis,** “Caregiver strain: toward an enlarged perspective.,” *J. Aging Health*, vol. 1, no. 2, pp. 188–208, May 1989.
- [23] **S. Perlick, D., Clarkin, J.F., & Sirey,** “Caregiver Burden.,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 46, no. 8, pp. 836–841, 1995.
- [24] **S. Pai and R. L. Kapur,** “The burden on the family of a psychiatric patient: development of an interview schedule,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 138, no. 4, pp. 332–335, Apr. 1981.
- [25] **S. Benmansour,** “Histoire de la Psychiatrie au Maroc,” 2013.
- [26] **Belkamel, B., Raouyane, B.,** “Les bimâristânes au Maroc,” *Hist. Sci. Med.*, p. 157, 1994.
- [27] **Boujendar M,** *Al Ightibate Bi Tarajem Aalam Ribat.* .
- [28] **M. . Chakib. A, Omar Battas.O,** “Le Maristane Sidi-Frej à Fès,” *Hist. Sci. Med.*, pp. 170–174, 194AD.
- [29] **F. Laboudi,** “HISTOIRE DE LA MEDECINE AU MAROC DU XVIIème AU XIXème SIECLES : ASPECTS EVOLUTIFS,” 2016.

- [30] **L. Raynaud**, *Etude sur l'hygiène et la médecine au Maroc*. 1902.
- [31] **M. Paes, J. Toufiq, A. Ouanass, and F. El Omari**, "La psychiatrie au Maroc," vol. 81, pp. 471–480, 2005.
- [32] **F. Z. Sekkat and S. Belbachir**, "La psychiatrie au Maroc. Histoire, difficultés et défis," *Inf. Psychiatr.*, vol. 85, no. 7, p. 605, 2009.
- [33] "Bulletin Officiel," 15 mai 1959, p. 804.
- [34] "Bulletin Officiel," 5 juin 1974, p. 928.
- [35] **Ministère de la santé.**, "Enquête Nationale de Prévalence des Troubles Mentaux, 2003-2006."
- [36] **Ministère de la santé**, "Plan National en Santé Mentale 2013-2016."
- [37] **CNDH**, "Santé mentale et droits de l'Homme : l'impérieuse nécessité d'une nouvelle politique," 2012.
- [38] "Stratégie Sectorielle de Santé 2012-2016."
- [39] "Actualité." [Online]. Available: <http://www.sante.gov.ma/pages/actualites.aspx?idactu=154>. [Accessed: 28-May-2016].
- [40] **Ministère de la santé**, "Communiqué de presse Initiative 'KARAMA.'"
- [41] "CHAMS L'association de Tensift pour la santé mentale." [Online]. Available: <http://www.chams.org.ma/fr/asso.php>. [Accessed: 27-May-2016].
- [42] **A. Amad and P. Thomas**, "Histoire de la maladie mentale dans le Moyen-Orient médiéval," *Ann. Médico-psychologiques, Rev. Psychiatr.*, vol. 169, no. 6, pp. 373–376, Jul. 2011.
- [43] **I. Al-Issa**, "Culture and Mental Illness in Algeria," *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 36, no. 3, pp. 230–240, Sep. 1990.
- [44] **A. H. Alawi**, "The Qur'anic concept of mental health.," in *Qur'anic concepts of human psyche*, 1992, pp. 87–97.
- [45] **A. Husain**, "No Title," *Islam. Psychol. Emerg. a new field.*, 2006.
- [46] **A. Farooqi**, "Traditional healing practices sought by Muslim psychiatric patients in Lahore, Pakistan.," *Int. J. Disabil. Dev. Educ.*, vol. 53, no. 4, pp. 401–415, 2006.
- [47] **A. Abu-Rabia**, "The Evil Eye and Cultural Beliefs among the Bedouin Tribes of the Negev, Middle East [1]," *Folklore*, vol. 116, no. 3, pp. 241–254, Dec. 2005.

- [48] **G. Endrawes, L. O'Brien, and L. Wilkes**, "Mental illness and Egyptian families," *Int. J. Ment. Health Nurs.*, vol. 16, no. 3, pp. 178–187, Jun. 2007.
- [49] **S. Johnsdotter, K. Ingvarsdotter, M. Östman, and A. Carlbom**, "Koran reading and negotiation with jinn: strategies to deal with mental ill health among Swedish Somalis," *Ment. Health. Relig. Cult.*, vol. 14, no. 8, pp. 741–755, Oct. 2011.
- [50] **B. BENSMAIL.**, *Un pionnier de la psychiatrie algérienne*. 2007.
- [51] **Boucebci M.**, *Le psychiatre et ses questions face aux pratiques traditionnelles au Maghreb.*, vol. 143. 1985.
- [52] **N. Khalifa, T. Hardie, and M. S. I. Mullick**, "Jinn and psychiatry : comparison of beliefs among Muslims in Dhaka and Leicester," *R. Coll. Psychiatrists*, no. 2008, pp. 1–8, 2012.
- [53] **S. Dein, M. Alexander, and A. D. Napier**, "Jinn, Psychiatry and Contested Notions of Misfortune among East London Bangladeshis," *Transcult. Psychiatry*, vol. 45, no. 1, pp. 31–55, Mar. 2008.
- [54] **F. M. Hussein**, "A study of the role of unorthodox treatments of psychiatric illnesses.," *Arab. J. Psychiatry*, vol. 2, pp. 170–184, 1991.
- [55] **B. KAROUMI**, *Les schizophrénies au Maroc*. 2010.
- [56] **N. Khalifa**, "Possession and jinn," *J. R. Soc. Med.*, vol. 98, no. 8, pp. 351–353, Aug. 2005.
- [57] **T. A. Al-Habeeb**, "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, no. 3, pp. 31–8, Sep. 2003.
- [58] **A. H. CRISP**, "Stigmatisation of people with mental illnesses," *Br. J. Psychiatry*, vol. 177, no. 1, pp. 4–7, Jul. 2000.
- [59] **P. W. Corrigan and A. C. Watson**, "Understanding the impact of stigma on people with mental illness.," *World Psychiatry*, vol. 1, no. 1, pp. 16–20, Feb. 2002.
- [60] **W. Hilton, James L., Von hippel**, "STEROTYPES," *Annu. Rev. Psychol.*, vol. 74, pp. 237–271, 1996.
- [61] **J. Krueger**, "Personal beliefs and cultural stereotypes about racial characteristics.," *J. Pers. Soc. Psychol.*, vol. 71, no. 3, pp. 536–548, 1996.

- [62] **J. W. Hamilton, D.L., & Sherman**, “Stereotypes.,” *Handb. Soc. Cogn.*, vol. 2, pp. 1–68, 1994.
- [63] **M. Bouchaara**, *Immigrations et protections au Maroc*. .
- [64] **M. T. Compton, L. Quintero, and M. L. Esterberg**, “Assessing knowledge of schizophrenia: Development and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples,” *Psychiatry Res.*, vol. 151, no. 1–2, pp. 87–95, May 2007.
- [65] **C. Barrowclough, N. Tarrier, S. Watts, C. Vaughn, J. S. Bamrah, and H. L. Freeman**, “Assessing the functional value of relatives’ knowledge about schizophrenia: a preliminary report,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 151, no. 1, pp. 1–8, Jul. 1987.
- [66] **A. Caqueo-Urizar, J. Gutiérrez-Maldonado, M. Ferrer-García, C. Peñaloza-Salazar, D. Richards-Araya, and A. Cuadra-Peralta**, “Attitudes and burden in relatives of patients with schizophrenia in a middle income country,” *BMC Fam. Pract.*, vol. 12, no. 1, p. 101, 2011.
- [67] **Amira A Fouad., Mohab Mounir Fawzi., El Masry N.**, “PSYCHOSOCIAL BURDEN AMONG CAREGIVERS OF PATIENTS WITH SCHIZOPHRENIA IN EGYPT.,” vol. 19, pp. 611–618, 2013.
- [68] **N. Kate, S. Grover, P. Kulhara, and R. Nehra**, “Caregiving appraisal in schizophrenia: A study from India,” *Soc. Sci. Med.*, vol. 98, pp. 135–140, Dec. 2013.
- [69] **M. A. Zahid and J. U. Ohaeri**, “Relationship of family caregiver burden with quality of care and psychopathology in a sample of Arab subjects with schizophrenia.,” *BMC Psychiatry*, vol. 10, p. 71, 2010.
- [70] **B. Lowyck, M. De Hert, E. Peeters, M. Wampers, P. Gilis, and J. Peuskens**, “A study of the family burden of 150 family members of schizophrenic patients,” *Eur. Psychiatry*, vol. 19, no. 7, pp. 395–401, Nov. 2004.
- [71] **C. Lauber, A. Eichenberger, P. Luginbühl, C. Keller, and W. Rössler**, “Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia,” *Eur. Psychiatry*, vol. 18, no. 6, pp. 285–289, Oct. 2003.
- [72] **A. Caqueo-Urizar, A. Urzúa, P. R. Jamett, and M. Irrarrazaval**, “Objective and

- subjective burden in relatives of patients with schizophrenia and its influence on care relationships in Chile,” *Psychiatry Res.*, vol. 237, pp. 361–365, Mar. 2016.
- [73] **K. Allerby, B. Sameby, C. Brain, E. Joas, P. Quinlan, N. Sjöström, T. Burns, and M. Waern**, “Stigma and Burden Among Relatives of Persons With Schizophrenia: Results From the Swedish COAST Study,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 66, no. 10, pp. 1020–1026, Oct. 2015.
- [74] **G. Alexander, C.-E. Bebee, K.-M. Chen, R.-M. Des Vignes, B. Dixon, R. Escoffery, C. Francis, D. Francis, Z. Mendoza, S. Montano, M. Nelson, S. Ramcharan, S. Richards, and M. D. Jackson**, “Burden of caregivers of adult patients with schizophrenia in a predominantly African ancestry population,” *Qual. Life Res.*, vol. 25, no. 2, pp. 393–400, Feb. 2016.
- [75] **P. D. ESTHER SHURKA**, “ATTITUDES OF ISRAELI ARABS TOWARDS THE MENTALLY ILL,” *Int J Soc Psychiatry*, vol. 29, 1983.
- [76] **M. M.Haj-yahya**, “Attitudes towards Mentally Ill people and Willingness to Employ Them in Arab Society.,” *Int. Sociol.*, vol. 14, pp. 173–193, 1999.
- [77] **Pinton.**, “Attitudes of Residents of Neighbourhoods of Jerusalem toward Mental Health and their Contribution to Planning a Community Mental Health Project.,” *Soc. Secur.*, vol. 22, pp. 77–91, 1981.
- [78] **A. Svettni, B. Johnson, C. Magro, J. Saunders, K. Jones, S. Silk, L. Hargarter, and A. Schreiner**, “Schizophrenia through the carers’ eyes: results of a European cross-sectional survey,” *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, vol. 22, no. 7, pp. 472–483, Sep. 2015.
- [79] **M. J. Kikkert, A. H. Schene, M. W. J. Koeter, D. Robson, A. Born, H. Helm, M. Nose, C. Goss, G. Thornicroft, and R. J. Gray**, “Medication adherence in schizophrenia: exploring patients’, carers' and professionals' views.,” *Schizophr. Bull.*, vol. 32, no. 4, pp. 786–94, Oct. 2006.
- [80] **P. Grandón, C. Jenaro, and S. Lemos**, “Primary caregivers of schizophrenia outpatients: burden and predictor variables.,” *Psychiatry Res.*, vol. 158, no. 3, pp. 335–43, Apr. 2008.
- [81] **G. P. Gupta S., Van Impe K.**, “Caregiver burden associated with providing care for

- adults with schizophrenia in France.,” *Eur. Neuropsychopharmacol.*, vol. 25, p. 34, 2015.
- [82] **O. O. Igberase, O. Morakinyo, A. O. Lawani, B. O. James, and J. O. Omoaregba**, “Burden of care among relatives of patients with schizophrenia in midwestern Nigeria,” *Int. J. Soc. Psychiatry*, vol. 58, no. 2, pp. 131–137, Mar. 2012.
- [83] **M. Tennakoon, L. Fannon, D. Doku, V. O’Ceallaigh, S. Soni, W. and Santamaria**, “Experience of Caregiving: Relatives of People Experiencing a First Episode of Psychosis.,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 177, pp. 529–533, 2000.
- [84] **L.-L. Yeh, H.-G. Hwu, C.-H. Chen, C.-H. Chen, and A. C. C. Wu**, “Factors Related to Perceived Needs of Primary Caregivers of Patients with Schizophrenia,” *J. Formos. Med. Assoc.*, vol. 107, no. 8, pp. 644–652, Aug. 2008.
- [85] **The National Alliance on Mental Illness.**, “Schizophrenia: Public Attitudes, Personal Needs. Views from People Living with Schizophrenia, Caregivers, and the General Public. Analysis and Recommendations,” 2008.
- [86] **J. Li, C. E. Lambert, and V. A. Lambert**, “Predictors of family caregivers’ burden and quality of life when providing care for a family member with schizophrenia in the People’s Republic of China,” *Nurs. Health Sci.*, vol. 9, no. 3, pp. 192–198, Sep. 2007.
- [87] **P. L. Cornwall and J. Scott**, “Burden of care, psychological distress and satisfaction with services in the relatives of acutely mentally disordered adults,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 31, no. 6, pp. 345–348, 1996.
- [88] **J. S. Gibbons, S. H. Horn, J. M. Powell, and J. L. Gibbons**, “Schizophrenic patients and their families. A survey in a psychiatric service based on a DGH unit.,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 144, pp. 70–7, Jan. 1984.
- [89] **van W. B. Schene AH**, “Consequenties van psychotische stoornissen voor familieleden [Consequences of psychotic disorders for the family].,” *Tijdschr. Psychiatr.*, vol. 36, pp. 6–19, 1994.
- [90] **V. Lasebikan and O. Ayinde**, “Family burden in caregivers of schizophrenia patients: Prevalence and socio-demographic correlates,” *Indian J. Psychol. Med.*, vol. 35, no. 1, p. 60, 2013.
- [91] **Y. M. Lim and Y.-H. Ahn**, “Burden of family caregivers with schizophrenic patients

- in Korea,” *Appl. Nurs. Res.*, vol. 16, no. 2, pp. 110–117, May 2003.
- [92] **D. A. Regier**, “Comorbidity of Mental Disorders With Alcohol and Other Drug Abuse,” *JAMA*, vol. 264, no. 19, p. 2511, Nov. 1990.
- [93] **L. Hermle, R. Szlak-Rubin, K. L. Täschner, P. Peukert, and A. Batra**, “[Substance use associated disorders: frequency in patients with schizophrenic and affective psychoses].,” *Nervenarzt*, vol. 84, no. 3, pp. 315–25, Mar. 2013.
- [94] **F. Elghazouani, C. Aarab, F. Lahlou, K. Elrhazi, R. Aalouane, and I. Rammouz**, “Usage de substances chez des patients hospitalisés pour rechute schizophrénique : étude transversale,” *Ann. Médico-psychologiques, Rev. Psychiatr.*, vol. 174, no. 6, pp. 474–478, Jul. 2016.
- [95] **M. T. Compton, M. E. Kelley, C. E. Ramsay, M. Pringle, S. M. Goulding, M. L. Esterberg, T. Stewart, and E. F. Walker**, “Association of Pre-Onset Cannabis, Alcohol, and Tobacco Use With Age at Onset of Prodrome and Age at Onset of Psychosis in First-Episode Patients,” *Am. J. Psychiatry*, vol. 166, no. 11, pp. 1251–1257, Nov. 2009.
- [96] **P.-Y. Le Bec, M. Fatséas, C. Denis, E. Lavie, and M. Auriacombe**, “Cannabis et psychose : recherche d’un lien de causalité à partir d’une revue critique systématique de la littérature,” *Encephale.*, vol. 35, no. 4, pp. 377–385, Sep. 2009.
- [97] **Vaz Carneiro S, Borrego M.**, “Psychosis and substance abuse.,” *Acta Med Port.*, vol. 20, no. 5, pp. 413–422, 2007.
- [98] **M. C. Mauri, L. S. Volonteri, I. F. De Gaspari, A. Colasanti, M. A. Brambilla, and L. Cerruti**, “Substance abuse in first-episode schizophrenic patients: a retrospective study.,” *Clin. Pract. Epidemiol. Ment. Health*, vol. 2, p. 4, 2006.
- [99] **H. Verdoux, M. Mury, G. Besançon, and M. Bourgeois**, “[Comparative study of substance dependence comorbidity in bipolar, schizophrenic and schizoaffective disorders].,” *L’Encéphale*, vol. 22, no. 2, pp. 95–101, 1996.
- [100] **S. Haqqi**, “Substance abuse in Schizophrenia- a short report,” *Procedia - Soc. Behav. Sci.*, vol. 5, pp. 2239–2241, 2010.
- [101] **L. Jiménez-Castro, E. Hare, R. Medina, H. Raventos, H. Nicolini, R. Mendoza, A. Ontiveros, A. Jerez, R. Muñoz, A. Dassori, and M. Escamilla**, “Substance use

- disorder comorbidity with schizophrenia in families of Mexican and Central American Ancestry,” *Schizophr. Res.*, vol. 120, no. 1–3, pp. 87–94, Jul. 2010.
- [102] **R. Rodríguez-Jiménez, M. Aragüés, M. A. Jiménez-Arriero, G. Ponce, A. Muñoz, A. Bagny, J. Hoenicka, and T. Palomo**, “[Dual diagnosis in psychiatric inpatients: prevalence and general characteristics].,” *Investig. clínica*, vol. 49, no. 2, pp. 195–205, Jun. 2008.
- [103] **M. Hambrecht and H. Hafner**, “Cannabis, vulnerability, and the onset of schizophrenia: an epidemiological perspective,” *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 34, no. 3, pp. 468–475, Jun. 2000.
- [104] **D. J. Kavanagh, G. Waghorn, L. Jenner, D. C. Chant, V. Carr, M. Evans, H. Herrman, A. Jablensky, and J. J. McGrath**, “Demographic and clinical correlates of comorbid substance use disorders in psychosis: multivariate analyses from an epidemiological sample,” *Schizophr. Res.*, vol. 66, no. 2–3, pp. 115–124, Feb. 2004.
- [105] **S. Ochoa, J. Usall, J. Cobo, X. Labad, and J. Kulkarni**, “Gender differences in schizophrenia and first-episode psychosis: a comprehensive literature review.,” *Schizophr. Res. Treatment*, vol. 2012, p. 916198, 2012.
- [106] **A. Thorup, N. Albert, M. Bertelsen, L. Petersen, P. Jeppesen, P. Le Quack, G. Krarup, P. Jørgensen, and M. Nordentoft**, “Gender differences in first-episode psychosis at 5-year follow-up – two different courses of disease? Results from the OPUS study at 5-year follow-up,” *Eur. Psychiatry*, vol. 29, no. 1, pp. 44–51, Jan. 2014.
- [107] **K. R. Veen ND, Selten J-P, Van der Tweel I, Feller WG, Hoek HW**, “Cannabis use and age at onset of schizophrenia.,” *Am J Psychiatry*, vol. 161, no. 3, pp. 501–506, 2004.
- [108] **S. Bouhlef, S. Ben Haouala, A. Klibi, M. Ghaouar, L. Chennoufi, W. Melki, and Z. El-Hechmi**, “Évaluation des croyances et des attitudes d’une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie,” *Encephale.*, vol. 39, no. 3, pp. 165–173, Jun. 2013.
- [109] **M. Yildiz, A. Yazici, O. Cetinkaya, R. Bilici, and R. Elçim**, “[Relatives’ knowledge and opinions about schizophrenia].,” *Türk Psikiyat. Derg. = Turkish J. psychiatry*, vol. 21, no. 2, pp. 105–13, 2010.

- [110] **M. L. Esterberg and M. T. Compton**, “Causes of schizophrenia reported by family members of urban African American hospitalized patients with schizophrenia,” *Compr. Psychiatry*, vol. 47, no. 3, pp. 221–226, May 2006.
- [111] **A. Holzinger, R. Kilian, I. Lindenbach, A. Petscheleit, and M. C. Angermeyer**, “Patients’ and their relatives’ causal explanations of schizophrenia,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 38, no. 3, pp. 155–162, Mar. 2003.
- [112] **M. R. PHILLIPS**, “Causes of schizophrenia reported by patients’ family members in China,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 177, no. 1, pp. 20–25, Jul. 2000.
- [113] **L. Magliano, M. Guarneri, A. Fiorillo, C. Marasco, C. Malangone, and M. Maj**, “A multicenter Italian study of patients’ relatives’ beliefs about schizophrenia.,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 52, no. 11, pp. 1528–30, Nov. 2001.
- [114] **M.-S. Ran, M.-Z. Xiang, C. L.-W. Chan, J. Leff, P. Simpson, M.-S. Huang, Y.-H. Shan, and S.-G. Li**, “Effectiveness of psychoeducational intervention for rural Chinese families experiencing schizophrenia--a randomised controlled trial.,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 38, no. 2, pp. 69–75, Feb. 2003.
- [115] **J. Champion and D. Bhugra**, “Experiences of religious healing in psychiatric patients in South India,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 32, no. 4, pp. 215–221, May 1997.
- [116] **F. D. Alosaimi, Y. Alshehri, I. Alfraih, A. Alghamdi, S. Aldahash, H. Alkhuzayem, and H. Al-Beeshi**, “Psychosocial correlates of using faith healing services in Riyadh, Saudi Arabia: a comparative cross-sectional study,” *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 9, no. 1, p. 8, 2015.
- [117] **C. Abbo, S. Ekblad, P. Waako, E. Okello, and S. Musisi**, “The prevalence and severity of mental illnesses handled by traditional healers in two districts in Uganda.,” *Afr. Health Sci.*, vol. 9 Suppl 1, pp. S16–22, Aug. 2009.
- [118] **L. Magliano, A. Fiorillo, C. Rosa, M. Maj, and National Mental Health Project Working Group**, “Family burden and social network in schizophrenia vs. physical diseases: preliminary results from an Italian national study.,” *Acta Psychiatr. Scand. Suppl.*, vol. 429, no. 429, pp. 60–3, 2006.
- [119] **S. W. Chan**, “Global Perspective of Burden of Family Caregivers for Persons With

- Schizophrenia,” *Arch. Psychiatr. Nurs.*, vol. 25, no. 5, pp. 339–349, Oct. 2011.
- [120] **K. Bademli and Z. Cetinkaya Duman**, “Family to family support programs for the caregivers of schizophrenia patients: a systematic review.,” *Türk Psikiyat. Derg.* = *Turkish J. psychiatry*, vol. 22, no. 4, pp. 255–65, 2011.
- [121] **S. Koujalgi and S. Patil**, “Family burden in patient with schizophrenia and depressive disorder: A comparative study,” *Indian J. Psychol. Med.*, vol. 35, no. 3, p. 251, 2013.
- [122] **J. K. Thomas, P. N. Suresh Kumar, a N. Verma, V. K. Sinha, and C. Andrade**, “Psychosocial dysfunction and family burden in schizophrenia and obsessive compulsive disorder.,” *Indian J. Psychiatry*, vol. 46, no. 3, pp. 238–43, Jul. 2004.
- [123] **W.-T. Chien, S. W. Chan, and J. Morrissey**, “The perceived burden among Chinese family caregivers of people with schizophrenia,” *J. Clin. Nurs.*, Mar. 2007.
- [124] **M. Khajavi, M. Ardeshirzadeh, and S. Dietrich**, “The impact of coping strategies on burden of care in chronic schizophrenic patients and caregivers of chronic bipolar patients,” vol. 9, no. 14, pp. 26–31, 2011.
- [125] **R. Miller and S. E. Mason**, “Shame and Guilt in First-Episode Schizophrenia and Schizoaffective Disorders,” *J. Contemp. Psychother.*, vol. 35, no. 2, pp. 211–221, Jul. 2005.
- [126] **Ciftci.**, “Communication in Family.,” *ARTI Rehabil. Serv. Annu. Fam. Conf.*, 1999.
- [127] **G. Fadden, P. Bebbington, and L. Kuipers**, “The burden of care: the impact of functional psychiatric illness on the patient’s family,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 150, no. 3, pp. 285–292, Mar. 1987.
- [128] **L. D. Kuipers L, Leff J**, “Family work for schizophrenia: a practical guide.,” 1992.
- [129] **G. P. Martínez A, Nadal S, Beperet M, Mendióroz P**, “Sobrecarga de los cuidadores familiares de pacientes con esquizofrenia: factores determinantes.,” *An Sist Sanit Navar*, vol. 23, pp. 101–110, 2000.
- [130] **J. Gutiérrez-Maldonado, A. Caqueo-Urizar, and D. J. Kavanagh**, “Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 40, no. 11, pp. 899–904, Nov. 2005.
- [131] **M. L. Oldridge and I. C. Hughes**, “Psychological well-being in families with a member suffering from schizophrenia. An investigation into long-standing problems.,”

- Br. J. Psychiatry*, vol. 161, pp. 249–51, Aug. 1992.
- [132] **J. E. SAWATZKY and S. FOWLER-KERRY**, “Impact of caregiving: listening to the voice of informal caregivers,” *J. Psychiatr. Ment. Health Nurs.*, vol. 10, no. 3, pp. 277–286, Jun. 2003.
- [133] **S. Dein, C. C. H. Cook, and H. Koenig**, “Religion, Spirituality, and Mental Health,” *J. Nerv. Ment. Dis.*, vol. 200, no. 10, pp. 852–855, Oct. 2012.
- [134] **A. G. Awad and L. N. P. Voruganti**, “The Burden of Schizophrenia on Caregivers,” *Pharmacoeconomics*, vol. 26, no. 2, pp. 149–162, 2008.
- [135] **M. R. Salleh**, “The burden of care of schizophrenia in Malay families,” *Acta Psychiatr. Scand.*, vol. 89, no. 3, pp. 180–185, Mar. 1994.
- [136] **R. Schulz and S. R. Beach**, “Caregiving as a Risk Factor for Mortality,” *JAMA*, vol. 282, no. 23, p. 2215, Dec. 1999.
- [137] **C. Rodrigo, T. Fernando, S. Rajapakse, V. De Silva, and R. Hanwella**, “Caregiver strain and symptoms of depression among principal caregivers of patients with schizophrenia and bipolar affective disorder in Sri Lanka,” *Int. J. Ment. Health Syst.*, vol. 7, no. 1, p. 2, 2013.
- [138] **D I Ukpong, R O Makanjuola.**, “Emotional distress and strain in relatives of patients with severe mental disorders: a comparative study.,” *West Afr. J. Med.*, vol. 22, pp. 139–142, 2003.
- [139] **H. R. Winefield and E. J. Harvey**, “Needs of family caregivers in chronic schizophrenia.,” *Schizophr. Bull.*, vol. 20, no. 3, pp. 557–66, 1994.
- [140] **W. Kung**, “The Illness, Stigma, Culture, or Immigration? Burdens on Chinese American Caregivers of Patients With Schizophrenia,” *Fam. Soc. J. Contemp. Soc. Serv.*, vol. 84, no. 4, pp. 547–557, Jan. 2003.
- [141] **S. Hanzawa, G. Tanaka, H. Inadomi, M. Urata, and Y. Ohta**, “Burden and coping strategies in mothers of patients with schizophrenia in Japan,” *Psychiatry Clin. Neurosci.*, vol. 62, no. 3, pp. 256–263, Jun. 2008.
- [142] **D. a Perlick, R. a Rosenheck, R. Kaczynski, M. S. Swartz, J. M. Canive, and J. a Lieberman**, “Components and Correlates of Family Burden in Schizophrenia,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 57, no. 8, pp. 1117–1125, Aug. 2006.

- [143] **A. M. Roick C, Heider D, Toumi M**, “The impact of caregivers’ characteristics, patients’ conditions and regional differences on family burden in schizophrenia: a longitudinal analysis,” *Acta Psychiatr Scand*, vol. 114, 2006.
- [144] **Chan S, Yip B, Tso S, Cheng BS and Tam W.**, “Evaluation of a psychoeducation program for Chinese.,” 2009.
- [145] **S. M. Magana, J. I. Ramirez Garcia, M. G. Hernandez, and R. Cortez**, “Psychological Distress Among Latino Family Caregivers of Adults With Schizophrenia: The Roles of Burden and Stigma,” *Psychiatr. Serv.*, vol. 58, no. 3, pp. 378–384, Mar. 2007.
- [146] **A. Caqueo-Urizar and J. Gutiérrez-Maldonado**, “Burden of Care in Families of Patients with Schizophrenia,” *Qual. Life Res.*, vol. 15, no. 4, pp. 719–724, May 2006.
- [147] **J. A. Cook, H. P. Lefley, S. A. Pickett, and B. J. Cohler**, “Age and family burden among parents of offspring with severe mental illness.,” *Am. J. Orthopsychiatry*, vol. 64, no. 3, pp. 435–447, 1994.
- [148] **S. Srivastava**, “Perception of burden by caregivers of patients with schizophrenia.,” *Indian J. Psychiatry*, vol. 47, no. 3, pp. 148–52, Jul. 2005.
- [149] **J. Alonso, L. Prieto, and J. M. Antó**, “[The Spanish version of the SF-36 Health Survey (the SF-36 health questionnaire): an instrument for measuring clinical results].,” *Med. clínica*, vol. 104, no. 20, pp. 771–6, May 1995.
- [150] **F. J. Naughton C, Bennett K**, “Prevalence of chronic disease in the elderly based on a national pharmacy claims database.,” *Age Ageing*, vol. 35, 2006.
- [151] **J. Jungbauer, B. Wittmund, S. Dietrich, and M. C. Angermeyer**, “The disregarded caregivers: subjective burden in spouses of schizophrenia patients.,” *Schizophr. Bull.*, vol. 30, no. 3, pp. 665–75, 2004.
- [152] **B. van Wijngaarden, A. Schene, M. Koeter, T. Becker, M. Knapp, H. C. Knudsen, M. Tansella, G. Thornicroft, J.-L. Vázquez-Barquero, A. Lasalvia, M. Leese, and E. study Group**, “People With Schizophrenia in Five Countries: Conceptual Similarities and Intercultural Differences in Family Caregiving,” *Schizophr. Bull.*, vol. 29, no. 3, pp. 573–586, 2003.
- [153] **M. C. Angermeyer, B. Schulze, and S. Dietrich**, “Courtesy stigma,” *Soc. Psychiatry*

*Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 38, no. 10, pp. 593–602, Oct. 2003.

- [154] **H. R. Winefield and E. J. Harvey**, “Determinants of Psychological Distress in Relatives of People With Chronic Schizophrenia,” *Schizophr. Bull.*, vol. 19, no. 3, pp. 619–625, Jan. 1993.
- [155] **M. M. et al. L. Magliano, G. Fadden**, “Burden on the families of patients with schizophrenia: results of the BIOMED study.,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 339, pp. 405–412, 1998.
- [156] **C. Roick, D. Heider, P. E. Bebbington, M. C. Angermeyer, J.-M. Azorin, T. S. Brugha, R. Kilian, S. Johnson, M. Toumi, A. Kornfeld, and EuroSC Research Group**, “Burden on caregivers of people with schizophrenia: comparison between Germany and Britain.,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 190, pp. 333–8, Apr. 2007.
- [157] **S. Ochoa, M. Vilaplana, J. M. Haro, V. Villalta-Gil, F. Martínez, M. C. Negredo, P. Casacuberta, E. Paniego, J. Usall, M. Dolz, J. Autonell, and NEDES Group**, “Do needs, symptoms or disability of outpatients with schizophrenia influence family burden?,” *Soc. Psychiatry Psychiatr. Epidemiol.*, vol. 43, no. 8, pp. 612–8, Aug. 2008.
- [158] **I. Sibitz, M. Amering, B. Kramer, H. Griengl, and H. Katschnig**, “[The course of illness and problems of schizophrenic women and men from the relatives’ perspective].,” *Psychiatr. Prax.*, vol. 29, no. 3, pp. 148–53, Apr. 2002.
- [159] **I. I. Adeosun**, “Correlates of Caregiver Burden among Family Members of Patients with Schizophrenia in Lagos, Nigeria,” *Schizophr. Res. Treatment*, vol. 2013, pp. 1–7, 2013.
- [160] **M. Elmahdi, F. Kamel, A. Esmael, M. Lotfi, A. Kamel, and A. Elhosini**, “Burden of care on female caregivers and its relation to psychiatric morbidity,” *Middle East Curr. Psychiatry*, vol. 18, no. 2, pp. 65–71, Apr. 2011.
- [161] **P. Gorwood**, “Factors associated with hospitalisation of patients with schizophrenia in four European countries.,” *Eur. Psychiatry*, vol. 26, no. 4, pp. 224–30, May 2011.
- [162] **A. Turkington, C. C. Mulholland, T. M. Rushe, R. Anderson, R. McCaul, S. L. Barrett, R. S. Barr, and S. J. Cooper**, “Impact of persistent substance misuse on 1-year outcome in first-episode psychosis.,” *Br. J. Psychiatry*, vol. 195, no. 3, pp. 242–8, Sep. 2009.

- [163] **S. Bouhlef, M. M'solly, S. Benhawala, Y. Jones, and Z. El-Hechmi**, “Les facteurs liés aux tentatives de suicide dans une population tunisienne de patients atteints de schizophrénie,” *Encephale.*, vol. 39, no. 1, pp. 6–12, Feb. 2013.
- [164] **D. J. Hawton K, Sutton L, Haw C, Sinclair J**, “Schizophrenia and suicide: systematic review of risk factors,” *Br J Psychiatry*, vol. 187, pp. 9–20, 2005.
- [165] **D. McLean, B. Gladman, and B. Mowry**, “Significant relationship between lifetime alcohol use disorders and suicide attempts in an Australian schizophrenia sample,” *Aust. N. Z. J. Psychiatry*, vol. 46, no. 2, pp. 132–40, Feb. 2012.
- [166] **M. Pompili, X. F. Amador, P. Girardi, J. Harkavy-Friedman, M. Harrow, K. Kaplan, M. Krausz, D. Lester, H. Y. Meltzer, J. Modestin, L. P. Montross, P. Bo Mortensen, P. Munk-Jørgensen, J. Nielsen, M. Nordentoft, P. Saarinen, S. Zisook, S. T. Wilson, and R. Tatarelli**, “Suicide risk in schizophrenia: learning from the past to change the future,” *Ann. Gen. Psychiatry*, vol. 6, no. 1, p. 10, 2007.

## *Serment d'Hippocrate*

*Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.*

- *Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.*
- *Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.*
- *Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.*
- *Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*
- *Les médecins seront mes frères.*
- *Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.*
- *Je maintiendrai le respect de la vie humaine dès la conception.*
- *Même sous la menace, je n'userai pas de mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.*
- *Je m'y engage librement et sur mon honneur.*

# قسم أبقراط

بسم الله الرحمان الرحيم

أقسم بالله العظيم

في هذه اللحظة التي يتم فيها قبولي عضوا في المهنة الطبية أتعهد علانية:

- < بأن أكرس حياتي لخدمة الإنسانية .
- < وأن أحترم أساتذتي وأعترف لهم بالجميل الذي يستحقونه .
- < وأن أمارس مهنتي بوانزع من ضميري وشر في جاعلا صحة مريض هدي الأول .
- < وأن لا أفشي الأسرار المعهودة إلي .
- < وأن أحافظ بكل ما لدي من وسائل على الشرف والتقاليد النبيلة لمهنة الطب .
- < وأن أعتبر سائر الأطباء إخوة لي .
- < وأن أقوم بواجبي نحو مرضاي بدون أي اعتبار ديني أو وطني أو عرقي أو سياسي أو اجتماعي .
- < وأن أحافظ بكل حزم على احترام الحياة الإنسانية منذ نشأتها .
- < وأن لا أستعمل معلوماتي الطبية بطريق يضر بحقوق الإنسان مهما لاقيت من تهديد .
- < بكل هذا أتعهد عن كامل اختيار ومقسما بشري في .

والله على ما أقول شهيد .

**تأثير مرض الفصام على الأسرة بالمغرب**  
(دراسة مستقبلية بصدد 150 حالة)

**أطروحة**

قدمت ونوقشت علانية يوم : .....

**من طرفه**

**السيدة: مريم صارة زينب صباح**

المزودة في: 02 فبراير 1990 بكاستر (فرنسا)

**لنيل شهادة الدكتوراه في الطب**

**الكلمات الأساسية: الفصام – الأسرة – العبء.**

**تحت إشراف اللجنة المكونة من الأساتذة**

رئيس

السيد: محمد زكرياء بشرة

أستاذ في الطب النفسي

مشرف

السيد: محمد قادري

أستاذ في الطب النفسي

السيد: عبد الرزاق وناس

أستاذ في الطب النفسي

أعضاء

السيد: حسن كسرى

أستاذ في الطب النفسي

السيد: جمال المحساني

أستاذ في الطب النفسي