



ROYAUME DU MAROC  
UNIVERSITE SIDI MOHAMMED BEN ABDELLAH  
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE  
FES



Année 2016

Thèse N°093/16

# COMPARAISON DES DISPOSITIFS DE SOIN ET DE LA PRISE EN CHARGE DE LA SCHIZOPHRÉNIE ENTRE FÈS ET TOULOUSE

THESE

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 21/04/2016

PAR

Mlle.AMADOU DIALLO ASMATH

Née le 30 Avril 1987 à COTONOU ( BENIN )

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MEDECINE

MOTS-CLES :

Schizophrénie- Prise en charge- Dispositifs de soin- Etude comparative -  
Pays en voie de développement- Pays industrialisés

JURY

M. BELAHSEN MOHAMMED FAOUZI ..... PRESIDENT

Professeur de Neurologie

M. AALOUANE RACHID ..... RAPPORTEUR

Professeur agrégé de Psychiatrie

M. RAMMOUZ ISMAIL..... }  
Professeur agrégé de Psychiatrie } JUGE

M. BERRAHO MOHAMED..... }

Professeur agrégé d'Epidémiologie clinique

# PLAN

**PLAN** ----- 1

**INTRODUCTION** ----- 6

    1. Intérêt du sujet ----- 7

    2. Ampleur du problème ----- 7

**PARTIE PRATIQUE** ----- 9

    I. Objectif du travail ----- 10

        1. Objectif principal ----- 10

        2. Objectif secondaire ----- 10

    II. Matériel et méthodes ----- 10

        1. Matériel ----- 10

            1.1. Recrutement des patients ----- 10

            1.2. Critères d'inclusion ----- 10

            1.3. Critères d'exclusion ----- 11

        2. Méthodes ----- 11

            2.1. Type d'étude ----- 11

            2.2. Organisation pratique de l'étude ----- 11

            2.3. Mode de recueil des données ----- 11

            2.4. Fiche d'exploitation ----- 11

            2.5. BPRS ----- 12

            2.6. Analyse statistique ----- 12

    III. Résultats ----- 13

        A. Etude Descriptive ----- 13

            1. Nombre de patients recrutés dans les deux centres ----- 13

            2. Critères sociodémographiques ----- 13

                2.1. Sexe ----- 13

                2.2. Age ----- 14

2.3.	Statut marital	14
2.4.	Niveau socio économique	15
2.5.	Scolarité	15
3.	Maladie	16
3.1.	Age au diagnostic de la maladie	16
3.2.	Antécédents	16
3.3.	Conduites addictives	17
3.4.	Insight	18
3.5.	BPRS	19
4.	Prise en charge	20
4.1.	Parcours de soin	20
a.	Consultation chez le généraliste	20
b.	Consultation aux urgences psychiatriques	20
c.	Consultation chez un psychiatre public	21
d.	Consultation chez un psychiatre privé	22
e.	Consultation d'une médecine parallèle	22
4.2.	Traitements pharmacologiques	23
a.	Traitement antipsychotique au long cours	23
b.	Traitement anxiolytique	26
c.	Traitement antidépresseur et/ou thymorégulateur	27
d.	Traitement des dyskinésies	28
e.	Autres traitements	28
4.3.	Prise en charge psychologique et institutionnelle	29
a.	Psychothérapie	29
b.	Activités médiatisées	29
4.4.	Soutien familial	30

5.	Mesures de rehabilitation	30
5.1.	Logement	30
5.2.	Ressources financières	31
5.3.	Meures de protection des biens	32
B.	Etude analytique	32
1.	Analyse univariée	32
2.	Analyse multivariée	37
IV.	Discussion	38
A.	Argumentaire du travail	38
B.	Synthèse des résultats	39
1.	Critères sociodémographiques	39
2.	La maladie	39
3.	La prise en charge	39
4.	Mesures de réhabilitation	40
C.	Discussion des résultats avec ceux de la littérature	40
1.	Données épidémiologiques	40
2.	Caractéristiques sociodémographiques	41
2.1	Le sexe	41
2.2	L'âge	41
2.3	Statut marital	41
2.4	Niveau socio-économique	42
2.5	Scolarité	43
3.	La maladie	44
3.1.	Age au diagnostic de la maladie	47
3.2.	Conduites addictives	47
3.3.	Insight	48

3.4.	BPRS : Brief Psychiatric Rating Scale -----	49
4.	Dispositifs de soin et qualité de prise en charge -----	50
4.1.	Hospitalisation -----	50
4.2.	Parcours de soin -----	51
5.	Prise en charge -----	53
5.1.	Traitement antipsychotique -----	53
5.2.	Traitement anxiolytique -----	57
5.3.	Traitement antidépresseur ou thymorégulateur -----	58
5.4.	Electroconvulsivothérapie -----	59
5.5.	Prise en charge somatique -----	60
5.6.	Prise en charge institutionnelle -----	62
5.7.	Soutien familial -----	64
6.	Mesures de réhabilitation -----	66
6.1.	Emploi -----	66
6.2.	Allocations -----	67
6.3.	Logement -----	68
7.	Recours à une médecine parallèle -----	69
8.	Données évolutives -----	70
9.	Apport et limites de l'étude -----	74
<b>CONCLUSION -----</b>		<b>76</b>
<b>RESUMES -----</b>		<b>78</b>
<b>ANNEXES -----</b>		<b>82</b>
<b>REFERENCES -----</b>		<b>107</b>

# INTRODUCTION

## **1. Intérêt du sujet**

La schizophrénie, problème majeur de santé publique sur le plan international, est définie comme un trouble psychotique chronique caractérisé par le trépied diagnostique : Délire de type paranoïde, Syndrome dissociatif, et évolution déficitaire vers un repli autistique.

Malgré son incidence pratiquement identique dans le monde entier et des manifestations cliniques sensiblement identiques, il serait intéressant d'étudier la mesure dans laquelle les facteurs géographiques, sociaux, culturels et économiques peuvent influencer sa prise en charge.

C'est dans cette perspective que nous avons réalisé une étude comparative entre deux populations de patients schizophrènes vivant dans des contextes sociaux et environnementaux différents afin d'analyser les dissemblances et ressemblances des dispositifs de soins, ainsi que de la prise en charge de la schizophrénie.

## **2. Ampleur du problème**

Les études effectuées jusque-là tendent à montrer de meilleurs dispositifs de soins dans les pays industrialisés, notamment avec la mise en place de structure de suivi des patients schizophrènes, et un système de sécurité sociale permettant un accès plus abordable aux soins et à certains traitements médicamenteux relativement onéreux.

Cependant malgré cela l'évolution de la pathologie semble plus favorable dans les pays en voie de développement. Ceci serait en grande partie dû aux meilleurs réseaux sociaux de même qu'à un profil d'exigence plus bas pour le développement professionnel.

Il paraît alors intéressant de mener cette étude dont les résultats pourraient apporter une lumière sur ce sujet afin de mieux appréhender les tableaux sur lesquels jouer dans l'optique de la rémission optimale de cette pathologie.

# PARTIE PRATIQUE

## **I. Objectif du travail**

### **1. Objectif principal**

Notre étude, consiste à comparer les dispositifs de soins et les modalités thérapeutiques de la schizophrénie entre un pays industrialisé et un pays en voie de développement.

### **2. Objectif secondaire**

Cette étude a pour ambition de mettre en avant les implications des facteurs culturels dans la prise en charge de la schizophrénie et à terme de voir dans quelle mesure ces facteurs peuvent influencer son évolution.

## **II. Matériel et méthodes**

### **1. Matériel**

#### **1.1. Recrutement des patients**

Le recrutement des patients s'est fait après confirmation du diagnostic de schizophrénie par les équipes soignantes en place dans le service.

#### **1.2. Critères d'inclusion**

- Les patients diagnostiqués schizophrènes selon le DSM IV
- Les patients consentants
- Les patients coopérants
- Les patients non gravement désorganisés, ou instables
- Les patients en hospitalisation en temps plein ou en hospitalisation de jour
- Les patients suivis en ambulatoire

### **1.3. Critères d'exclusion**

Ont été exclus de l'étude les patients ayant un diagnostic autre que celui de la schizophrénie, notamment les troubles schizo-affectifs, les patients avec un retard mental, ainsi que les patients ayant une durée d'évolution de moins d'un an.

## **2. Méthodes**

### **2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude transversale comparative entre deux populations de patients schizophrènes. L'une résidant à Toulouse (population 1) et l'autre à Fès (population 2).

### **2.2. Organisation pratique de l'étude**

Le recrutement des patients a été effectué dans un premier temps dans le service de Psychiatrie du CHU de Purpan et le CS AJIR à Toulouse de juillet à octobre 2015, et secondairement dans le service de psychiatrie du CHU Ibn Al Hassen à Fès de novembre à décembre 2015.

Les résultats ont ensuite été analysés et discutés pendant 3 mois.

### **2.3. Mode de recueil des données**

Tout d'abord l'équipe soignante en place expliquait brièvement aux patients l'objet de l'étude et leur demandait leur consentement à y participer.

Ensuite un entretien a été réalisé individuellement avec chaque patient dans une pièce calme à l'aide d'une fiche d'exploitation.

### **2.4. Fiche d'exploitation (cf. annexe 1)**

La fiche d'exploitation a été réalisée avec l'aide de praticiens hospitaliers psychiatres et ensuite validée par deux professeurs en psychiatrie.

Elle a été divisée en quatre grandes sections comprenant les critères sociodémographiques, la maladie, la prise en charge et les mesures de protection

des biens. Chaque partie comportant des questions spécifiques posées au patient lors des entretiens.

### **2.5. Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (annexe 2)**

Des questions étaient ensuite posées aux patients avec l'Echelle Abrégée d'Appréciation Psychiatriques afin d'évaluer leurs symptômes. Elle comprend une description précise et complète des symptômes caractéristiques majeurs. Elle est souvent utilisée pour l'appréciation clinique des patients schizophrènes. Elle comprend 18 items regroupés en cinq grands facteurs : le facteur anxiété-dépression, le facteur anergie, le facteur troubles de la pensée, le facteur activation et le facteur hostilité-suspicion.

### **2.6. Analyse statistique**

Les données ont été initialement saisies sur le logiciel Microsoft Office Excel 2011. Puis l'étude statistique a été réalisée avec le logiciel SPSS version 20 avec l'aide de médecin épidémiologistes.

Les premiers résultats ont été reportés puis décrits sous Microsoft Word 2011. Ensuite une analyse univariée a été réalisée avec le test statique pour la comparaison des moyennes, et le test de khi 2 pour la comparaison des résultats, retenant ainsi toutes les valeurs avec des différences statistiquement significatives.

Pour finir le modèle de régression à pas descendant a été utilisé pour les résultats de l'analyse multivariée.

### III. Résultats

#### A. Etude Descriptive

##### 1. Nombre de patients recrutés dans les deux centres

Au total 60 patients ont été recrutés pour l'étude : 30 dans chaque centre hospitalier.

Sur les 30 patients dans chaque échantillon respectif :

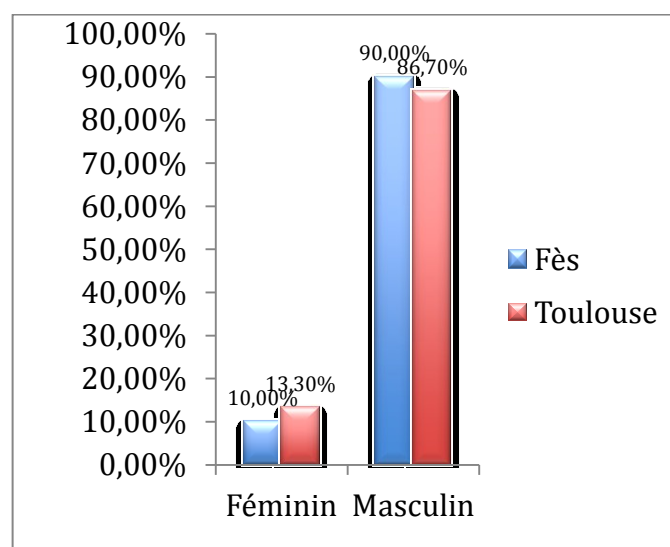
- 19 ont été vus en hospitalisation
- 11 en ambulatoire

La durée moyenne d'hospitalisation était de  $28,32 \pm 36,1$  avec une médiane de 7, un minimum de 1 jour et un maximum de 120 jours pour les patients de Fès et de  $24,37 \pm 28,3$  avec une médiane de 13, un minimum de 1 jour et un maximum de 95 jours pour les patients à Toulouse.

##### 2. Critères sociodémographiques

###### 2.1. Sexe

Le sexe masculin était prédominant dans les deux populations avec respectivement 90% et 86,7% pour Fès et Toulouse.



Graphique 1 : Répartition des patients selon le sexe

**Age**

L'Age moyen des patients était de  $34,93 \pm 8,83$  ans à Fès et  $41,17 \pm 13,41$  ans à Toulouse

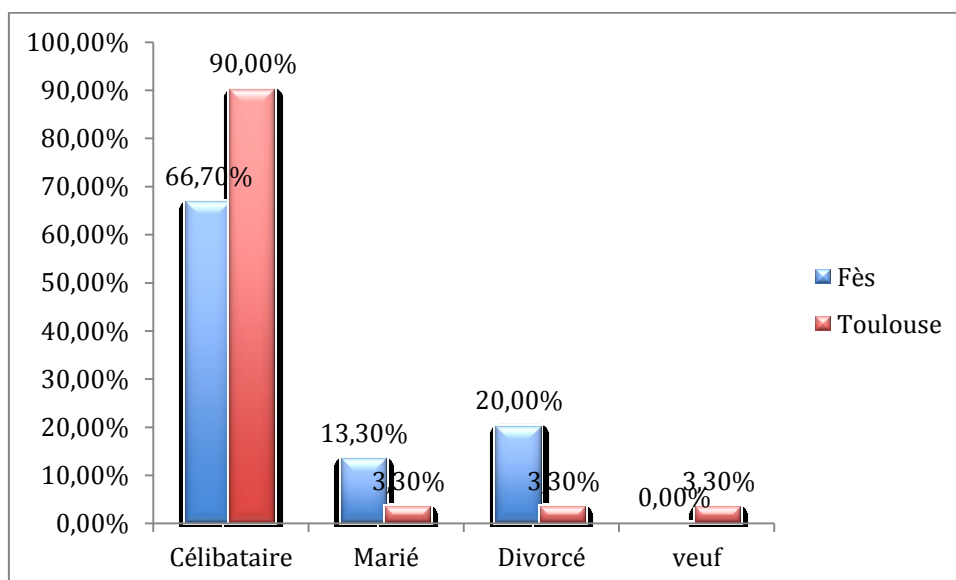
**2.2. Statut marital**

Les célibataires étaient les plus représentés dans les deux populations d'étude avec une prédominance dans celle de Toulouse.

Dans la population d'étude de Fès s'il y a une plus grande propension au mariage, le taux de divorce reste cependant assez élevé proportionnellement au taux de mariage.

**Tableau 1 : Répartition des patients selon le statut marital**

	Célibataire % (cas)	Marié % (cas)	Divorcé % (cas)	Veuf % (cas)
Fès	66,7% (20)	13,3% (4)	20,0% (6)	0% (0)
Toulouse	90,0% (27)	3,3% (1)	3,3% (1)	3,3% (1)



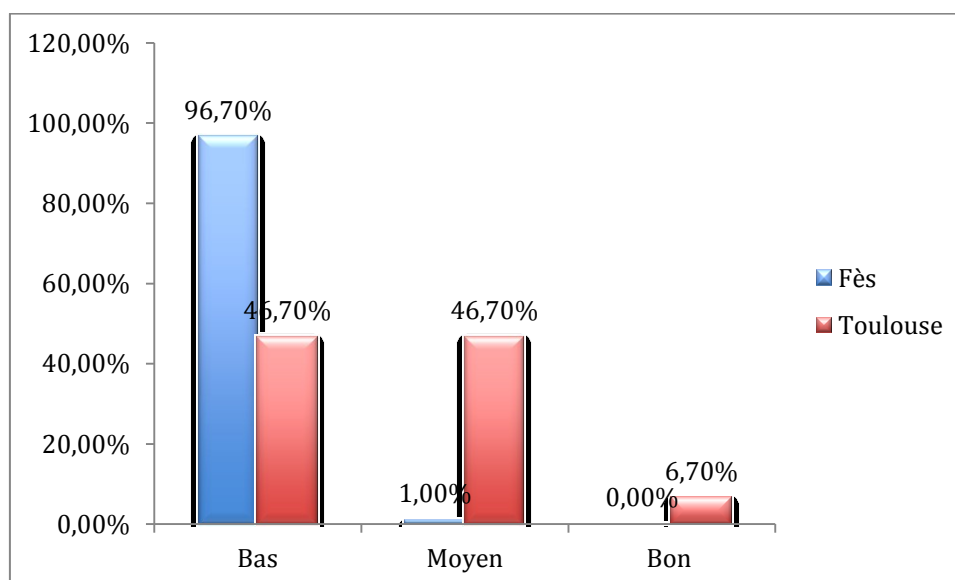
**Graphique 2: Répartition des patients selon le statut marital**

### 2.3. Niveau socio-économique

A Fès, le niveau socio-économique des patients était majoritairement bas avec 96,7%, tandis qu'à Toulouse on avait une tendance à l'équilibre entre le niveau socio-économique bas et moyen avec chacun 46,7%.

**Tableau 2: Répartition des patients selon le niveau socio-économique**

	Bas % (cas)	Moyen % (cas)	Bon % (cas)
Fès	96,7% (29)	3,3% (1)	0% (0)
Toulouse	46,7% (14)	46,7% (14)	6,7% (2)



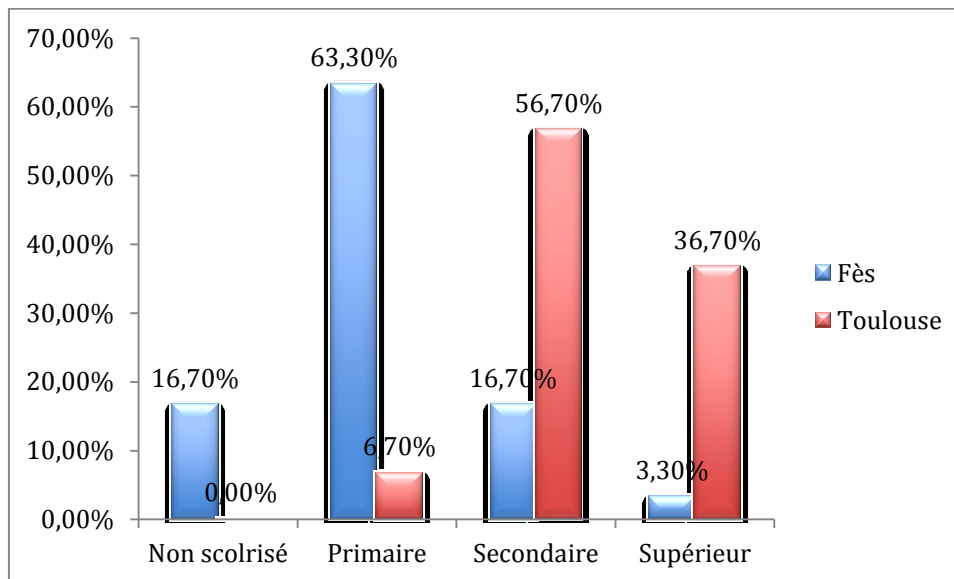
**Graphique 3 : Répartition des patients selon le niveau socio-économique**

### 2.4. Scolarité

Le taux de scolarisation à Fès était nettement inférieur à celui de Toulouse.

**Tableau 3 : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation**

	Non scolarisé % (cas)	Primaire % (ca)	Secondaire % (cas)	Supérieur % (cas)
Fès	16,7% (5)	63,3% (19)	16,7% (5)	3,3% (1)
Toulouse	0,0% (0)	6,7% (2)	56,7% (17)	36,7% (11)



**Graphique 4 : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation**

### **3. Maladie**

#### **3.1. Age au diagnostic de la maladie**

Il n'y avait pas de différence considérable dans les deux populations quant à l'âge au diagnostic de la schizophrénie.

Ainsi la moyenne d'âge au diagnostic était de  $24,00 \pm 6,59$  ans à Fès et  $24,20 \pm 6,82$  ans à Toulouse.

#### **3.2. Antécédents**

- Concernant les antécédents psychiatriques : on remarque que seuls 23% des patients à Fès avaient des antécédents personnels, alors que 46,70% avaient des antécédents familiaux. La majorité des patients faisaient mention d'antécédents de troubles psychotiques (personnels comme familiaux).

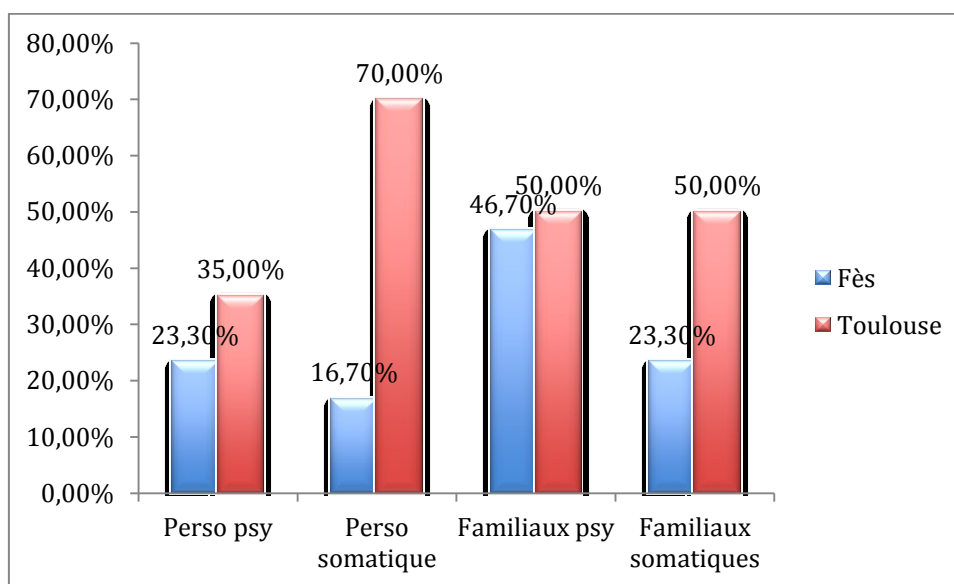
A Toulouse la tendance est environ la même quand aux antécédents personnels et familiaux, ainsi nous avons 35% des patients qui avaient des antécédents personnels et 50% avaient des antécédents familiaux. Là également ce sont les antécédents personnels et familiaux de troubles

psychotiques qui sont prédominants, suivi de près par des antécédents familiaux de maladie bipolaire.

- Concernant les antécédents somatiques :

Très peu de patients à Fès signalaient en avoir, avec 16,70% concernant les antécédents personnels et 23% concernant les antécédents familiaux.

A Toulouse par contre 70% des patients avaient des antécédents personnels et 50% avaient des antécédents familiaux.



**Graphique 5 : Répartition des patients selon les antécédents**

### 3.3. Conduites addictives

81,7% des patients de notre population totale d'étude présentaient des conduites addictives. Cette fréquence était de 86,7% à Fès et 76,7% à Toulouse.

Concernant le type d'addiction :

**Tableau 4 : Répartition des patients selon le type d'addiction**

Type d'addiction	Résidence	
	Fès % (cas)	Toulouse % (cas)
Tabac	16,7 (5)	50,0% (15)
THC	6,7(2)	0,0% (0)
Tabac + THC	60 (18)	13,3% (4)
Tabac + Alcool	0,0(0)	6,7% (2)
Tabac + THC + Alcool	3,3 (1)	3,3% (1)
Tabac + THC + Héroïne	0,0 (0)	3,3% (1)
Aucune	13,3 (4)	23,3% (7)

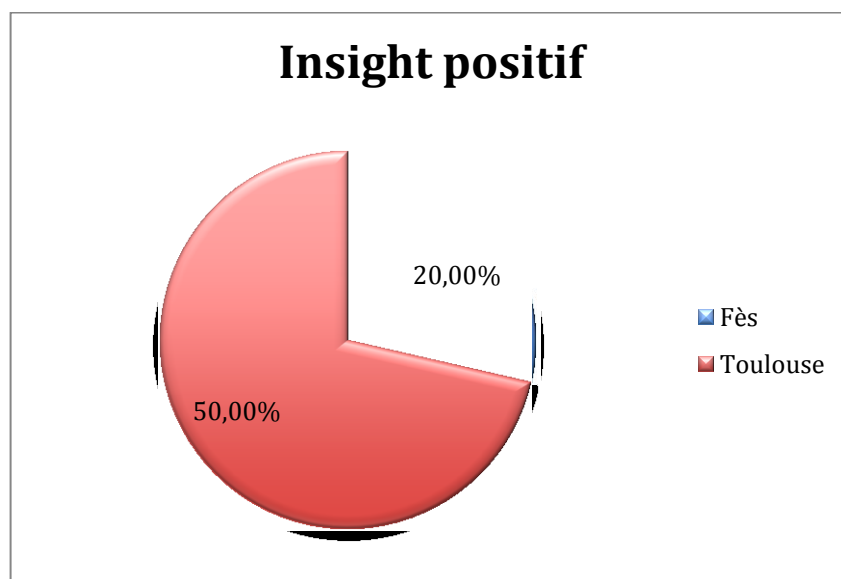
A Fès l'addiction la plus représentée était l'association tabac et cannabis (60% des patients). Notons que 70% des patients au total consommaient du cannabis, seul ou avec d'autres substances.

A Toulouse le tabac était l'addiction la plus représentée (50% des patients). Et au total seuls 20% des patients déclaraient avoir une addiction au cannabis.

### **3.4. Insight**

Les patients de la population d'étude de Toulouse étaient plus conscients de leur pathologie que ceux de Fès.

A noter que l'insight positif était de 35,0% toutes populations confondues



**Graphique 6 : Répartition des patients selon leur Insight**

### 3.5. BPRS

Le résultat à la BPRS des patients de Fès était de  $51,73 \pm 12,0$  et celui des patients de Toulouse était de  $49,33 \pm 17,6$

**Tableau 5 : Répartition des patients selon les résultats des facteurs de la BPRS**

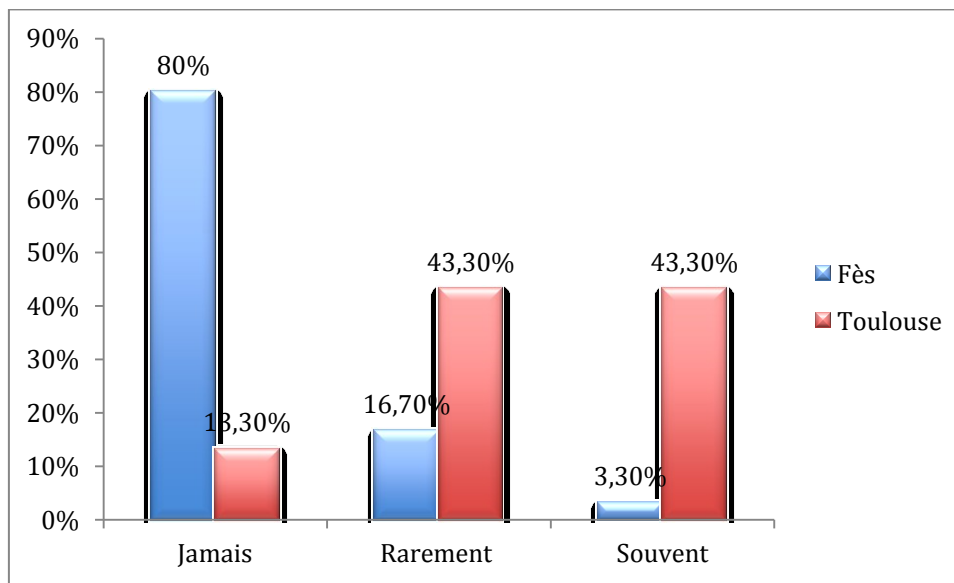
Facteurs de la BPRS	Résidence	
	Fès	Toulouse
Anxiété- dépression	12,5	13,0
Anergie	11,7	11,1
Troubles de la pensée	10,7	9,1
Activation	8,2	7,3
Hostilité-suspicion	8,5	8,9
Total	51,7	49,3

## 4. Prise en charge

### 4.1. Parcours de soin

#### a. Consultation chez le généraliste

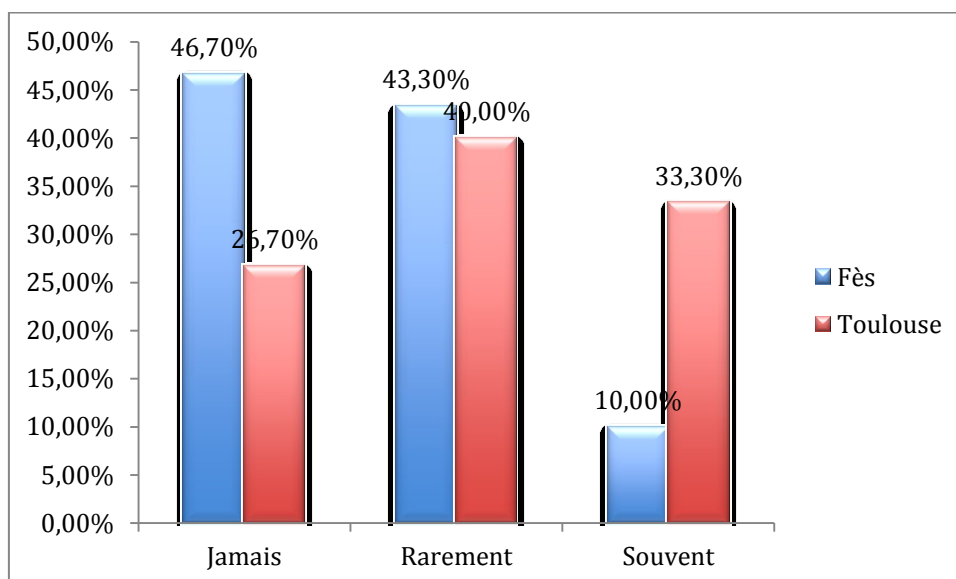
La grande majorité des patients de l'échantillon de Fès n'avaient jamais consulté leur médecin généraliste.



**Graphique 7 : Répartition des patients selon la fréquence de consultation chez un médecin généraliste**

#### b. Consultation aux urgences psychiatriques

Très peu de patients à Fès prétendaient aller souvent aux urgences. 46,67% avaient prétendu n'y être jamais allé.



**Graphique 8 : Répartition des patients selon la fréquence de consultation aux urgences**

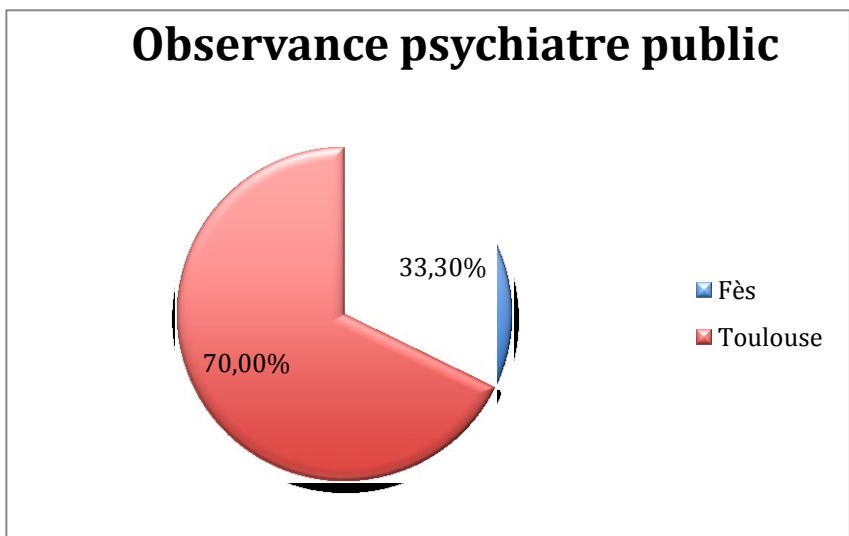
**c. Consultation chez un psychiatre public**

La majorité des patients dans les deux populations d'étude avaient consulté un psychiatre public.

L'observance des consultations était respectivement de 33,30% et 70,0% à Fès et à Toulouse.

**Tableau 6: Répartition des patients selon la prise en charge ou non par un psychiatre public.**

	Oui % (cas)	Non % (cas)
Fès	93,3% (28)	6,7% (2)
Toulouse	83,3% (25)	16,7% (5)

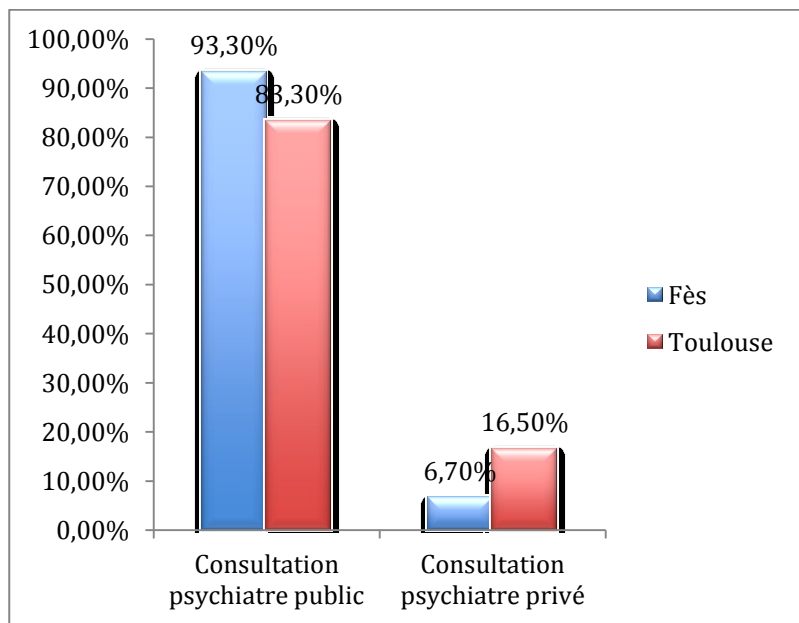


**Graphique 9 : Répartition des patients selon l'observance des consultations chez le psychiatre public.**

**d. Consultation chez un psychiatre privé**

Très peu de patients avaient recours à un psychiatre public.

Ainsi on dénombre 6,70% des patients à Fès et 16,50% des patients à Toulouse qui y avaient recours.

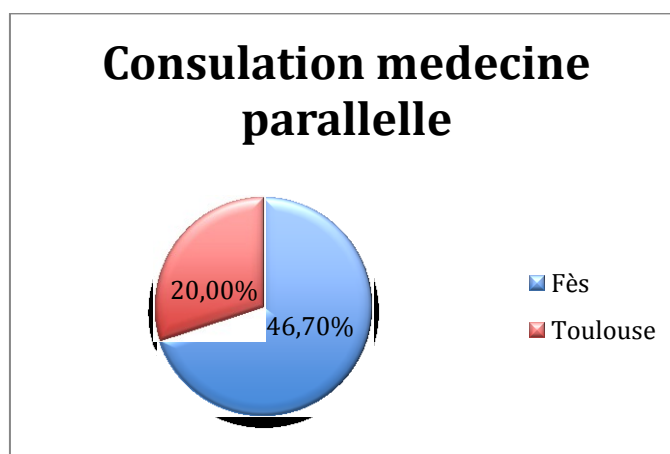


**Graphique 10: Répartition des patients selon le type de psychiatre qui les suit**

### e. Consultation d'une médecine parallèle

La majorité des patients toute population confondue prétendaient ne pas avoir eu recours à une médecine parallèle.

On observe cependant une prédominance de consultation chez les patients de l'échantillon de Fès.



Graphique 11 : Répartition des patients selon les consultations de médecine parallèle

## 4.2. Traitements pharmacologiques

### a. Traitement antipsychotique

– Type d'antipsychotique

La majorité des patients de l'échantillon de Fès étaient sous antipsychotiques classiques, tandis qu'à Toulouse la majorité des patients avaient une combinaison des deux types : antipsychotiques classiques et atypiques.

**Tableau 7 : Répartition des patients selon les types d'antipsychotiques utilisés**

	<b>Classique</b>	<b>Atypique</b>	<b>Classique + atypique</b>
	<b>% (cas)</b>	<b>% (cas)</b>	<b>% (cas)</b>
Fès	63,3 (19)	3,3 (1)	33,3 (10)
Toulouse	24,1 (7)	20,7 (6)	55,2 (16)

- Antipsychotiques classiques

La Chlorpromazine était l'antipsychotique classique le plus prescrit à Fès, tandis qu'à Toulouse aucun patient n'en prenait.

L'Halopéridol et la Loxapine étaient les classiques les plus utilisés à Toulouse à 30% tous les deux.

A noter qu'aucun patient à Fès ne prenait de la LOXAPINE.

**Tableau 8 : Répartition des patients selon les classes d'antipsychotiques classiques utilisés**

	<b>Fès</b>	<b>Toulouse</b>
	<b>% (cas)</b>	<b>% (cas)</b>
<b>Halopéridol</b>	86,7% (26)	30,0% (9)
<b>Chlorpromazine</b>	93,3% (28)	0,0% (0)
<b>Cyamemazine</b>	0,0% (0)	16,7% (5)
<b>Loxapine</b>	0,0% (0)	30,0% (9)
<b>Fluphenazine</b>	33,3% (10)	6,7% (2)
<b>Levopromazine</b>	30,0% (9)	0,0% (0)

De nombreuses combinaisons entre différentes classes avaient également été observées.

**Tableau 9 : Répartition des patients selon les deux combinaisons les plus fréquentes d'antipsychotiques classiques**

	Fès % (cas)	Toulouse %(cas)
Haloperidol+Chlorpromazine	43,3% (13)	0,0% (0)
Haloperidol+Loxapine	0,0% (0)	16,6% (5)

- Antipsychotiques atypiques

L'Olanzapine était l'antipsychotique atypique le plus prescrit à Fès (20,0%), il était également assez utilisé à Toulouse (13,3%).

L' Aripiprazole était l'atypique le plus utilisé à Toulouse (23,3%), suivi de près par la Clozapine alors qu'à Fès elle restait très peu utilisée (3,3%).

**Tableau 10 : Répartition des patients selon les classes d'antipsychotiques atypiques prescrits**

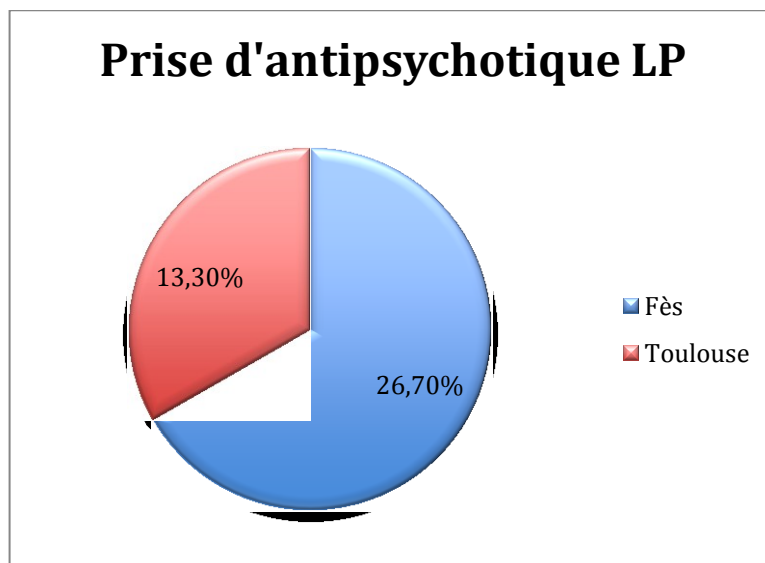
	Fès %(cas)	Toulouse %(cas)
Clozapine	3,3% (1)	20,0% (6)
Olanzapine	20,0% (6)	13,3% (4)
Risperidone	6,6% (2)	13,3% (4)
Quetiapine	0,0% (0)	10,0% (3)
Amisulpride	6,6% (2)	6,6% (2)
Aripiprazole	0,0% (0)	23,3% (7)

Aucune combinaison n'avait été objectivée à Fès.

La combinaison la plus observée à Toulouse était Clozapine+Aripiprazole : 6,7%.

### - Antipsychotiques LP administré en IM

Le recours à un traitement en LP n'était respectivement réalisé que pour 26,7% et 13,3% des patients de Fès et de Toulouse.



Graphique 12 : Répartition des patients prenant des antipsychotiques en LP

Tableau 11 : Répartition des patients selon le type d'antipsychotique LP en IM

	Fès %(cas)	Toulouse %(cas)
Fluphenazine	26,7% (8)	6,6% (2)
Haloperidol	0,0% (0)	3,3% (1)
Aripiprazole	0,0% (0)	3,3% (1)

#### b. Traitement anxiolytique

Les anxiolytiques étaient moins prescrits à Fès qu'à Toulouse.

Dans les deux populations, la classe d'anxiolytique la plus prescrite était celle des benzodiazépines.

L'étude révèle également qu'à Toulouse tous les patients avaient recours à des médicaments anxiolytiques en si besoin (disponible pour le patient s'il en a besoin), ce dont aucun patient ne bénéficiait à Fès.

Par contre le recours aux anxiolytiques en si nécessaire (recours par le personnel médical si le patient n'est pas stable) était très peu utilisé et quasiment proportionnel dans les deux populations d'étude (16,7% à Fès et 10,0% à Toulouse).

**Tableau 12 : Répartition des patients selon les classes d'anxiolytiques prescrits**

	Fès %(cas)	Toulouse %(cas)
Benzodiazepine	46,7% (14)	26,6% (8)
Zopiclone	0% (0)	3,3% (1)
Antihistaminique	0%(0)	0% (0)
Benzodiazepine+Zopiclon	0% (0)	23,3% (7)
Benzodiazepine+Antihistaminique	0% (0)	3,3% (1)
Aucun	53,3% (16)	40% (24)

**Tableau 13 : Répartition des patients selon le mode recours aux anxiolytiques**

Utilisation des anxiolytiques	Fès % (cas)	Toulouse % cas)
Anxiolytique en si besoin	0% (0)	53,40% (16)
Anxiolytique en si nécessaire	16,7% (5)	10,0% (3)

**c. Traitement antidépresseur et/ou thymorégulateur**

Chez la majorité des patients, les traitements antidépresseurs et les traitements thymorégulateurs n'étaient pas prescrits.

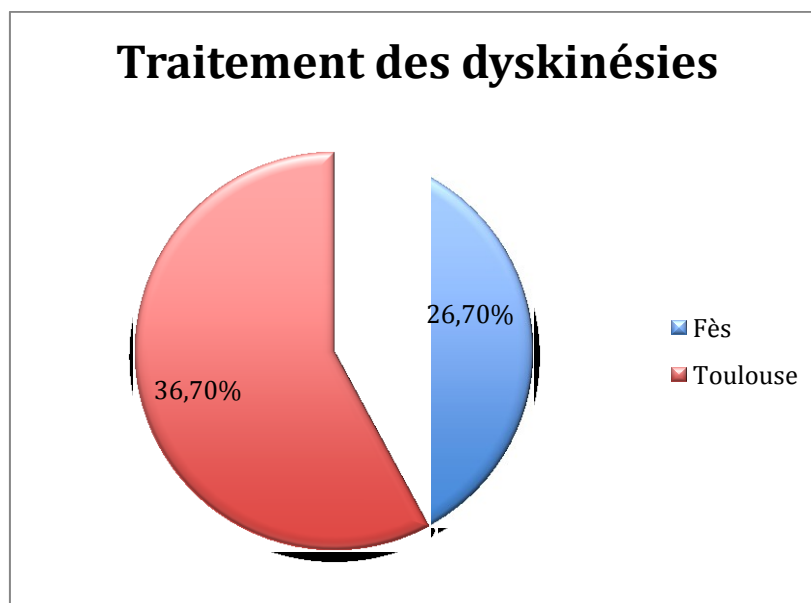
Cependant leur utilisation était légèrement prédominante à Toulouse.

**Tableau 14 : Répartition des patients selon les traitements antidépresseur ou thymorégulateur**

	Fès %(cas)	Toulouse % (cas)
Antidépresseur	10,0% (3)	16,7% (5)
Thymorégulateur	3,3% (1)	6,7% (2)
Antidépresseur+Thymorégulateur	0% (0)	6,7% (2)
Aucun	86,7% (26)	70,0% (21)

#### d. Traitement des dyskinésies

26,7% des patients à Fès avaient un traitement pour les dyskinésies contre 36,7% à Toulouse.



Graphique 13 : Répartition des patients selon la présence ou non d'un traitement des dyskinésies

#### e. Autres traitements

40,0% des patients à Toulouse prenaient un autre traitement notamment pour des troubles métaboliques contre seulement 6,7% des patients à Fès.

Tableau 15 : Répartition des patients prenant un autre traitement

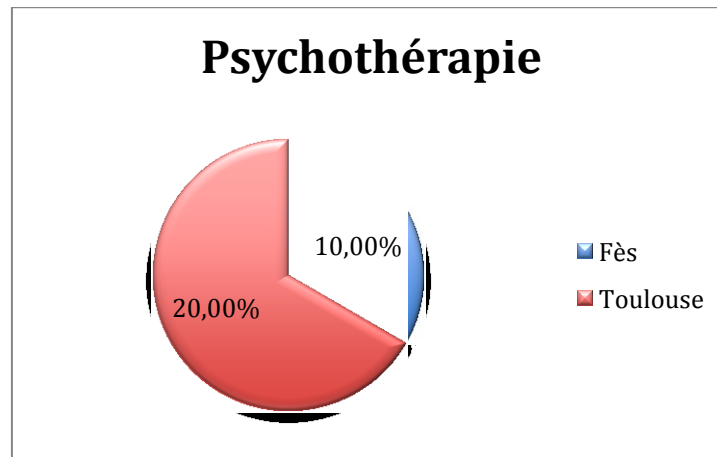
	OUI	NON
Fès % (cas)	6,7% (2)	93,3% (28)
Toulouse % (cas)	40,0% (12)	60,0% (18)

### 4.3. Prise en charge psychologique et institutionnelle

#### a. Psychothérapie

Très peu de patients avaient recours à une psychothérapie.

Le recours était cependant prédominant chez les patients à Toulouse.

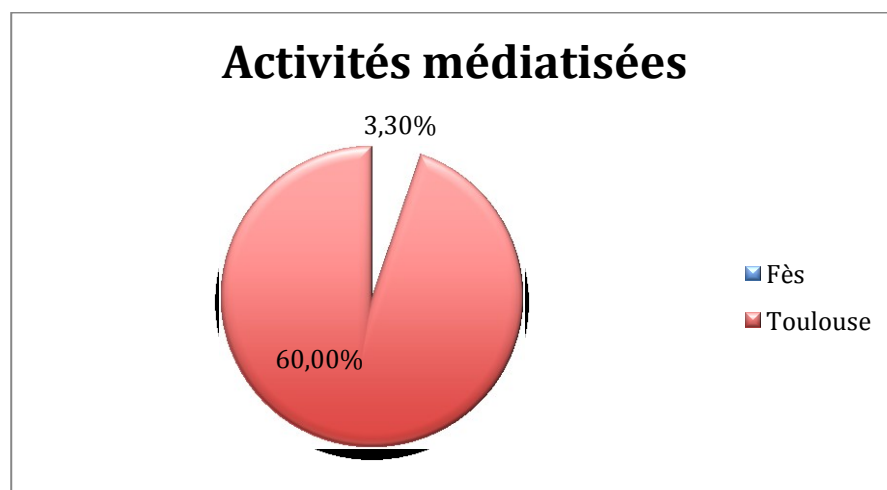


Graphique 14 : Répartition des patients suivant une psychothérapie

#### b. Activités médiatisées

La pratique d'une activité médiatisée semblait quasiment inexistante à Fès.

Ainsi 3,3% seulement des patients en faisait contre 60,0% des patients à Toulouse.



Graphique 15: Répartition des patients bénéficiant d'une ergothérapie

#### 4.4. Soutien familial

Dans nos deux populations d'étude, 83,3% des patients de Toulouse estimaient bénéficier d'un soutien familial avec une plus ou moins grande présence contre 60% dans la population de Fès.

**Tableau 16 : Répartition des patients selon le soutien familial**

	Absent % (cas)	Peu présent % (cas)	Moyennement Présent % (cas)	Très présent % (cas)
Fès	40,0% (12)	6,7% (2)	13,3% (4)	40,0% (12)
Toulouse	16,7% (5)	25,0% (6)	26,7% (11)	60,0% (8)

### 5. Mesures de rehabilitation

#### 5.1. Logement

90,0% des patients à Fès vivaient dans un logement familial contre 16,7% des patients à Toulouse.

Tandis que 73,3% des patients à Toulouse vivaient dans un logement autonome contre 3,3% des patients à Fès.

**Tableau 17 : Répartition des patients selon le type de logement**

	Logement autonome %(cas)	Logement familial %(cas)	Logement thérapeutique %(cas)	Autre %(cas)
Fès	3,3%(1)	90,0%(27)	0,0%(0)	6,7%(2)
Toulouse	73,3%(22)	16,7%(5)	6,7%(2)	3,3%(1)

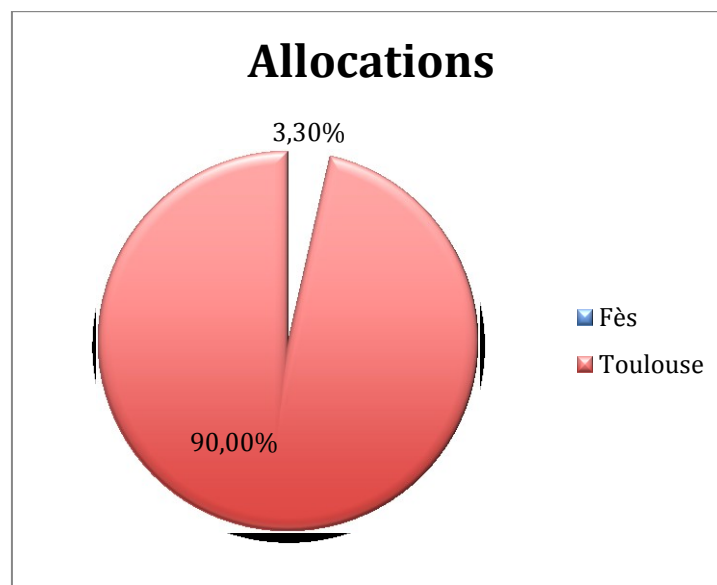
## 5.2. Ressources financières

### – Allocations

La notion d'allocation pour patient handicapé était inexistante à Fès.

Seul un des patients (ancien militaire) bénéficiait d'une indemnité de réforme.

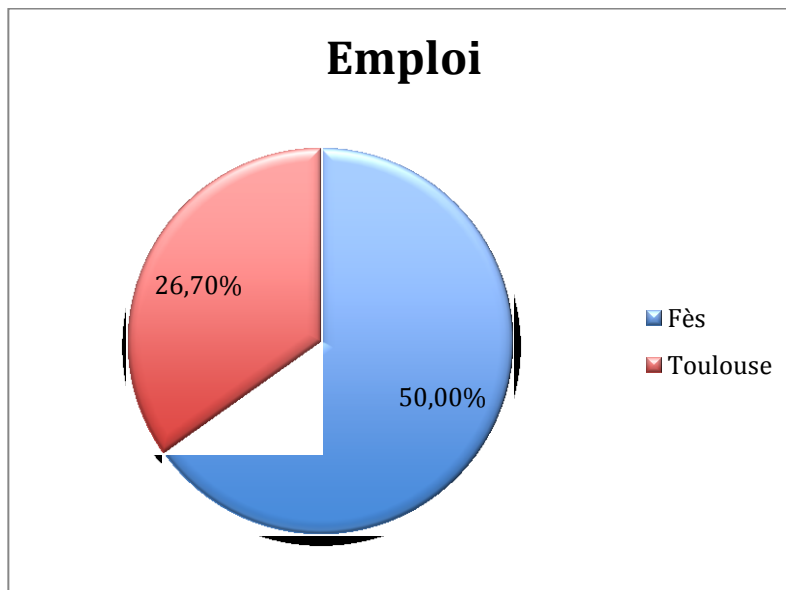
A Toulouse par contre la majorité des patients bénéficiaient d'une Allocation pour Adulte Handicapé (AAH).



Graphique 16 : Répartition des patients selon la présence ou non d'allocation

### – Emploi

50,0% des patients à Fès travaillaient contre seulement 26,7% des patients à Toulouse, à noter qu'à Fès il s'agissait pour la plupart d'emplois journaliers.



Graphique 17 : Répartition des patients selon la présence ou non d'un emploi

### 5.3. Meures de protection des biens

La notion de mesure de protection des biens est inexistante à Fès.

Tableau 18 : Répartition des patients selon la présence ou non de mesures de protection des biens

	Tutelle % (cas)	Curatelle %(cas)	Aucune % (cas)
Fès	0,0% (0)	0,0% (0)	100% (30)
Toulouse	6,7% (2)	50,0% (15)	43,3% (13)

## B. Etude analytique

### 1. Analyse univariée

Cette analyse a pour but de préciser le degré d'association entre les variables binaires de nos résultats, considérant comme différence significative toute association avec une P value <0,05.

Elle a été réalisée avec le test statique pour la comparaison des moyennes, et le test de khi 2 pour la comparaison des résultats.

Les paramètres avec des différences statistiquement significatives sont :

- Age :

Les patients à Fès étaient en moyenne plus jeune que ceux à Toulouse. Ainsi la moyenne d'âge à Fès était de  $34,93 \pm 8,8$  contre  $41,17 \pm 13,4$

- L'expérience maritale :

Elle était beaucoup plus riche pour les patients à Fès avec 33,3% des patients qui avaient une expérience maritale (mariage, divorce ou veuvage) contre seulement 10% à Toulouse.

- Le soutien familial :

Il était beaucoup plus présent à Toulouse à 60% contre 40% à Fès.

- Le niveau scolaire :

Il était largement inférieur à Fès. 80,0% des patients n'avaient pas atteints le secondaire contre 20,0% des patients à Toulouse.

- L'insight :

L'insight négatif à Fès était plus marqué. 80% contre 50% à Toulouse.

- L'observance par rapport aux consultations chez le psychiatre publique :

Les patients à Fès étaient beaucoup moins observant (66,7%) que ceux de Toulouse (30%).

- Les consultations en médecine parallèle

Elles sont plus courantes à Fès. 46,7% des patients y ont recours contre 20,0% à Toulouse

- Les activités médiatisées :

Les patients à Fès en pratiquaient largement moins que ceux à Toulouse, respectivement 3,3% contre 60,0% des patients.

- Les allocations :

Etaient nettement moins perçues à Fès qu'à Toulouse. Seul 3,3% des patients à Fès contre 90,0% des patients à Toulouse

- L'emploi :

Les patients à Fès étaient plus nombreux à avoir un emploi que ceux à Toulouse : respectivement 50% contre 26,7%.

- Les mesures de protection des biens :

Inexistantes au Maroc, aucun patient n'en bénéficiait alors que 56,7% des patients à Toulouse étaient sous tutelle ou sous curatelle.

**Tableau 19 : Résultats de l'analyse univariée pour les paramètres avec des différences statistiquement significatives**

PARAMETRES	RESIDENCE		P VALUE
	Fès (%)	Toulouse (%)	
<b>Age (ans)</b>	34,93±8,8	41,17±13,4	<b>0,04</b>
<b>Expérience Maritale</b>			<b>0,03</b>
Oui	33,3	10,0	
Non	66,7	90,0	
<b>Soutien Familial</b>			<b>0,05</b>
Oui	60,0	83,3	
Non	40,0	16,7	
<b>Niveau Scolaire</b>			<b>&lt;0,001</b>
<secondaire	80,0	6,7	
≥ Secondaire	20,0	93,3	
<b>INSIGHT</b>			<b>0,015</b>
Positif	20,0	50,0	
Négatif	80,0	50,0	
<b>Observance psy public</b>			<b>0,004</b>
Oui	33,3	70,0	
Non	66,7	30,0	
<b>Médecine parallèle</b>			<b>0,03</b>
Oui	46,7	20,0	
Non	53,3	80,0	
<b>Activité médiatisée</b>			<b>&lt;0,001</b>
Oui	3,3	60,0	
Non	96,7	40,0	
<b>Allocation</b>			<b>&lt;0,001</b>
Oui	3,3	90,0	
Non	96,7	10,0	
<b>Emploi</b>			<b>0,06</b>
Oui	50,0	26,7	
Non	50,0	73,3	
<b>Mesure de protection des biens</b>			<b>&lt;0,001</b>
Oui	0,0	56,7	
Non	100,0	43,3	

Les paramètres avec des différences, mais non statistiquement significative étaient :

- L'âge au diagnostic
- Les addictions
- La prise en charge par un psychiatre du secteur public
- Le suivi d'une psychothérapie
- Le traitement des dyskinésies

**Tableau 20 : Résultats de l'analyse univariée pour les résultats sans différence statistiquement significative**

PARAMETRES	RESIDENCE		P VALUE
	Fès (%)	Toulouse (%)	
<b>Age 1<sup>er</sup> diagnostic (ans)</b>	24,00±6,6	24,20±6,8	0,91
<b>BPRS</b>	51,67±11,9	48,50±17,3	0,41
<b>Addiction</b>			0,32
Oui	86,7	76,7	
Non	13,3	23,3	
<b>PEC par psy public</b>			0,23
Oui	93,3	83,3	
Non	6,7	16,7	
<b>Psychothérapie</b>			0,45
Oui	10,0	16,7	
Non	90,0	83,3	
<b>Traitement dyskinésie</b>			0,41
Oui	26,7	36,7	
Non	73,3	63,3	

## 2. Analyse multivariée

Le modèle de régression pas à pas descendant a été utilisé pour la réalisation de l'analyse multivariée.

- Initialement, sélection de toutes les valeurs indépendantes de notre analyse univariée ayant un  $p < 0,20$ .
- Ensuite élimination des variables par pas descendant jusqu'à élaboration du résultat final.

**Tableau 21 : Résultats de l'analyse multivariée**

PARAMETRES	RESIDENCE		P VALUE	OR	IC 95%
	Fès %	Toulouse %			
<b>Niveau scolaire</b>			0,020	19,711	[1,601 , 242,674]
< secondaire	80,0	6,7			
≥ secondaire	20,0	93,3			
<b>Allocations</b>			<0,001	122,07 2	[9,419, 1582,035]
Oui	3,3				
Non	96,7				

Ces analyses ont fait ressortir les deux paramètres suivants:

- Le niveau scolaire

Il y'avait une différence statistiquement significative du niveau scolaire entre les deux populations d'étude. ( $p=0,020$ )

D'après la valeur de l'Odd ratio nous pouvons conclure que le paramètre du niveau scolaire inférieur au secondaire est 19 fois moins bon à Fès qu'à Toulouse.

- Les allocations

De même l'analyse a montré une très grande différence dans la notion de perception des allocations. ( $p < 0,001$ ).

L'odd ratio nous indiquait que le dispositif de soin relatif aux allocations est 122 fois meilleur à Toulouse qu'à Fès.

## **IV. Discussion**

### **A. Argumentaire du travail**

La schizophrénie constitue aujourd'hui un problème majeur de santé publique. En effet, il s'agit d'une pathologie, qui se déclenche en général dès le début de l'âge adulte avec un risque élevé de chronicisation et une espérance de vie plus courte. Elle constitue un poids pour le patient mais également pour son entourage et pour la société en générale. Malgré un essor considérable de la psychiatrie observé au cours de ces dernières décennies et une évolution des mentalités collectives sur la maladie mentale, le patient schizophrène reste encore très stigmatisé.

L'incidence quasiment identique de cette pathologie dans le monde entier a été l'une des principales motivations pour la réalisation de cette étude.

Un autre point très captivant a été de constater que malgré des conditions socio-économiques reconnus comme étant moins bonnes, son évolution et son pronostic semblent meilleurs dans les pays en voie de développement. De nombreuses études le soulignent sans vraiment en comprendre les raisons.

Cette étude transversale à but comparatif de la prise en charge de cette pathologie dans deux contextes différents pourrait venir compléter les études antérieures et permettre de mieux appréhender ce paradoxe.

Il s'agit en outre d'observer deux systèmes soumis à des réalités différentes et de tirer le meilleur de chacun des systèmes.

## **B. Synthèse des résultats**

### **1. Critères sociodémographiques**

Dans notre étude, la plupart de nos patients étaient de sexe masculin et avaient en moyenne plus de 34 ans. Ils étaient majoritairement célibataires et avaient un niveau socio- économique plutôt bas, surtout à Fès.

### **2. La maladie**

L'âge au diagnostic de la schizophrénie était en moyenne de 24 ans.

La grande majorité présentait une addiction au tabac ou au cannabis.

Ils avaient en moyenne une BPRS supérieur à 48. Aucune différence statistiquement significative n'a été objectivée quant aux facteurs de la BPRS.

Les patients à Toulouse étaient plus nombreux à être conscients de leur trouble.

### **3. La prise en charge**

Les patients à Fès étaient largement plus inobservants à leurs traitements médicamenteux et à leur suivi que les patients à Toulouse.

Tous les patients étaient sous antipsychotiques au long cours. L'antipsychotique le plus utilisé était l'Halopéridol.

A Fès la tendance était plus aux antipsychotiques classiques seuls, alors qu'à Toulouse une combinaison antipsychotiques classiques et atypiques étaient préférées.

Seul une minorité était sous antipsychotique en LP.

Le recours aux anxiolytiques n'était pas systématique, même si à Toulouse la majorité des patients en prenaient. Les molécules les plus prescrites étaient les Benzodiazépines.

Moins de la moitié des patients prenaient un traitement pour des dyskinésies.

Pour ce qui est de la prise en charge psychologique, la majorité des patients à Toulouse pratiquaient des activités médiatisées. Cette pratique était quasi inexistante à Fès.

Le recours à une psychothérapie était assez rare dans les deux échantillons.

#### **4. Mesures de réhabilitation**

La majorité des patients bénéficiaient d'un soutien familial.

La notion d'Allocation pour adultes handicapés était inexistante à Fès alors qu'à Toulouse la plupart des patients en bénéficiaient.

Les patients de Fès vivaient surtout en milieu familial alors que ceux à Toulouse étaient plutôt dans un logement autonome.

La moitié des patients de Fès avaient un emploi contrairement à ceux de Toulouse où seuls 26,7% des patients en avaient un.

Il n'existait pas à Fès de structure de mesure de protection des biens, alors qu'à Toulouse plus de la moitié des patients étaient sous tutelle ou sous curatelle.

### **C. Discussion des résultats avec ceux de la littérature**

#### **1. Données épidémiologiques**

La schizophrénie est l'une des maladies mentales chroniques la plus fréquente. Elle est présente partout dans le monde avec une incidence annuelle quasiment identique à savoir environ 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes (1). Pendant longtemps on a pensé qu'elle était moins fréquente dans les pays en voie de développement. Mais il n'en est rien. Les études IPSS de l'OMS (2) réalisées dans neuf pays (Chine, Colombie, Danemark, Etats-Unis, Inde, Nigeria, Royaume-Uni, Tchécoslovaquie et URSS) tenant compte de la définition restrictive de la maladie et avec l'utilisations de critères diagnostiques standardisées et une procédure minutieuse de détection des cas, n'a mis en évidence qu'une très faible variation du taux d'un pays à l'autre. Sa prévalence (environ 1,0 à 1,5%) (1) quant à elle est un

peu plus faible dans les Pays en voie développement, probablement à cause des difficultés à recruter les patients, ou à un taux de guérison supérieur.

## **2. Caractéristiques sociodémographiques**

### **2.1 Le sexe**

Les deux populations de notre étude étaient caractérisées par une nette prédominance du sexe masculin (respectivement 90% et 86,7% à Fès et à Toulouse).

Dans la littérature ancienne on retrouve en général une part égale des troubles schizophréniques chez l'homme et chez la femme, cependant des récentes découvertes montre qu'elle est plus fréquente chez l'homme. (3)

Deux méta-analyses ont montré un risque relatif plus élevé (1,4 fois) de développer une schizophrénie chez les hommes (4) (5).

### **2.2 L'âge**

L'âge moyen de nos patients était de  $34,93 \pm 8,83$  ans à Fès et  $41,17 \pm 13,41$  ans à Toulouse.

Nos données sont globalement conformes à celles de la littérature.

Dans une étude sur l'épidémiologie des troubles psychiatriques en France, Haute couverture S. et al. (6) avaient trouvé que 90% des patients traités pour schizophrénie avaient un âge compris entre 15 et 55 ans.

A Fès notons que nos résultats sont un peu au dessus de ceux trouvés dans une étude en Tunisie par Halouani A. (7) qui comptait 27,82 ans avec 65% de jeunes.

### **2.3 Statut marital**

- A Fès : notre étude dénombrait 66,7% de patients célibataires, 13,3% mariés et 20% divorcés.
- A Toulouse : La majorité des patients étaient également célibataires (90%). Un seul sujet était marié, un autre était divorcé et un dernier veuf.

Globalement dans notre étude les célibataires étaient les plus représentés dans les deux échantillons.

Cela est probablement dû à la difficulté pour les patients schizophrènes d'établir des liens avec les autres, mais également par la stigmatisation de ces sujets dans la société.

L'analyse univariée avait cependant objectivé une plus riche expérience maritale chez les patients de Fès.

Cela tient probablement au fait qu'au Maroc sur le plan culturel, le mariage a une part assez importante. De même on assiste parfois à des mariages « à effet thérapeutiques » dans la recherche de diminution des symptômes psychotiques du sujet. Ce qui quelques fois entraîne l'effet inverse.

Notons que même si à Fès on notait une légère augmentation du taux de mariage (pour raisons culturelles), le taux de divorce lui était également élevé.

D'autres auteurs à travers de nombreuses études avaient déjà conclu à une fréquence plus élevée des sujets célibataires chez les schizophrènes (8) (9).

Si aucune étude n'a montré un rôle favorable du mariage sur l'évolution de la schizophrénie, on est en droit de penser qu'elle pourrait avoir des bienfaits pour le patient notamment pour ce qui est du soutien moral, et de l'observance thérapeutique.

#### **2.4 Niveau socio-économique**

- A Fès : la grande majorité de nos patients étaient d'un niveau socio-économique bas (96,7%), seul un patient était d'un niveau socio-économique moyen, et aucun n'était d'un bon niveau socio-économique.

- A Toulouse : l'étude montre autant de patients de bas et de moyen niveau socio-économique (46,7% chacun) et 2 patients d'un bon niveau socio-économique.

Dans la littérature des taux élevés de schizophrénie ont été retrouvés chez des sujets avec un bas niveau socio-économique. (10, 11, 12, 13)

Boydell et al. (12) et Corcoran et al. (14) ont démontré que dans les zones les plus défavorisées l'incidence de la schizophrénie augmente parallèlement aux difficultés financières.

## **2.5 Scolarité**

- A Fès : notre étude a montré un taux de scolarisation relativement bas. En effet 63,3% des patients avaient été scolarisés au primaire, 16,7% au secondaire et seulement 3,3% étaient allés jusqu'aux études supérieures.
- A Toulouse : par contre plus de la moitié (63,4%) des patients avaient atteint le niveau secondaire et 36,7% des patients avaient même mené des études supérieures.

Une différence importante s'est faite donc voir entre les deux populations de notre étude.

Au Maroc le taux de scolarisation dans la population générale est de 90,5% pour le niveau primaire, 44% pour le niveau secondaire et 11% pour les études supérieures (15).

Une étude réalisée à Casablanca sur les spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés dans un centre psychiatrique avait recensé 92% de patients scolarisés avec 49% ayant fait des études secondaires et 11% des études supérieures. (16)

Les résultats de notre étude relèvent une baisse par rapport à ceux de la littérature. Soulignons que l'étude à Casablanca prenait en compte tous les patients

hospitalisés dans le service de psychiatrie, alors que notre étude est ciblée sur des patients schizophrènes.

Une autre étude menée par HOLLIS, à travers une enquête réalisée sur 41 enfants schizophrènes a montré que 60% ont interrompu leur scolarité avant l'obtention d'un diplôme qualifiant. (17)

Ceci peut se comprendre par le fait que si dans la schizophrénie le diagnostic se fait au début de l'âge adulte, la phase prodromique, elle, peut évoluer à bas bruit pendant l'adolescence, période coïncidant avec le début des années au collège. Il n'est donc pas étonnant que dans ce contexte bon nombre de patients aient du mal à poursuivre leur scolarité.

Il faut aussi tenir compte du fait que dans les pays en voies de développement, pour les classes socio-économiques basses (souvent prédominantes) le niveau d'exigence social et familial pour la poursuite des études est moindre.

### **3. La maladie**

La schizophrénie est une maladie complexe dont l'étiopathologie reste encore assez mal comprise. Un des modèles actuellement reconnu est celui d'une interaction entre gène et environnement. Selon ce modèle une vulnérabilité génétique précipité par un facteur environnemental révèle la maladie. (18)

Aujourd'hui de nombreux auteurs s'accordent à dire qu'il y'a une participation génétique dans l'apparition des troubles.

Ainsi des études montrent que le risque de troubles schizophréniques est le même chez des enfants dont la mère est atteinte, que ces enfants soient élevé par leur mère biologique ou qu'ils soient adoptés (19).

En outre ce risque pour un apparenté de premier degré a été estimé à environ 10 fois le risque pour la population générale (il est beaucoup plus faible pour des

apparentés de deuxième degré). Le mode de transmission ne semble donc pas correspondre à un modèle mendélien mono-génique(20). Des études sur des jumeaux monozygotes suggèrent que le risque de développer une schizophrénie apparaît le même chez la descendance de jumeaux monozygotes atteint ou non (21). Les jumeaux non atteints seraient donc porteurs du risque sans l'exprimer, ce qui laisse penser que des facteurs environnementaux jouent également dans le développement de la maladie. Ces facteurs ont fait l'objet de plusieurs études (22). Ainsi ont été identifiés comme facteurs de risque les traumatismes dans l'enfance, le mode de vie urbain, l'appartenance à une minorité sociale, la consommation de cannabis. D'autres facteurs comme les complications obstétricales semblent être mis en cause (23).

Actuellement les recherches montrent que tous ces facteurs (génétiques et environnementaux) entreraient plutôt en synergie, développant ainsi la pathologie (18).

### **Critères diagnostiques de la schizophrénie selon le DSM-5 (code F20)**

A. Deux ou plus des symptômes suivants sont présents pendant une partie significative du temps sur une période d'un mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement). Au moins l'un des symptômes doit être 1, 2 ou 3 :

1. Idées délirantes
2. Hallucinations
3. Discours désorganisé (c.-à-d., coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (c.-à-d., réduction de l'expression émotionnelle, aboulie)

B. Pendant une partie significative du temps depuis la survenue le début du trouble, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les

relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou dans l'adolescence, incapacité à éteindre le niveau de réalisation interpersonnelle, scolaire, ou dans d'autres activités auxquelles on aurait pu s'attendre).

C. Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d. symptômes de la phase active), et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques et résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux ou plus des symptômes figurants dans le critère A présents sous une forme atténuée (p.ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).

D. Un trouble schizo-affectif et un trouble dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés soit 1) parce qu'aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active, soit 2) parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, ils ne l'ont été que pour une faible proportion de la durée des périodes actives et résiduelles.

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

F. En cas d'antécédents d'un trouble du spectre autistique ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si les idées délirantes ou les hallucinations sont

prononcées et sont présentes avec les autres symptômes requis pour le diagnostic pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).

### **3.1. Age au diagnostic de la maladie**

Dans notre étude il n'y avait quasiment pas de différence quant à l'âge au diagnostic de la schizophrénie. Il était respectivement de  $24,00 \pm 6,59$  ans et  $24,20 \pm 6,82$  ans à Fès et à Toulouse.

Ces résultats sont assez conformes à ceux de la littérature relatant un pic de déclaration de la maladie se situant entre 20 et 28 ans chez l'homme et entre 26 et 32 ans chez la femme. (24)

Nous l'avons vu précédemment, la schizophrénie est une pathologie débutant en général au début de l'âge adulte (entre 15 et 25 ans en moyenne). Elle évolue dès lors souvent de façon insidieuse, avec au premier plan les symptômes négatifs qui ne sont pas très alarmants pour le patient ni pour son entourage. Environ un an après surviennent les premiers épisodes psychotiques aigus, motivant le patient à consulter.

### **3.2. Conduites addictives**

- A Fès : la majorité de nos patients (86,7%) présentaient une addiction.

La combinaison tabac +THC étaient la plus représentée.

70% des patients présentaient une addiction au THC.

- A Toulouse : là encore, bien que moins qu'à Fès la majorité de nos patients (76,7%) présentaient une addiction.

Ici le tabac était l'addiction la plus représentée.

Seuls 20% des patients déclaraient présenter une addiction au THC.

Dans la littérature de nombreuses études tendent à montrer que le cannabis entre en première ligne comme étant la drogue illicite la plus fréquemment utilisée

chez les patients schizophrènes (25). Ces sujets en consomment deux fois plus que la population générale (26) et au moins un quart d'entre eux souffrent de dépendance à cette substance (27). Lejoyeux et al. (28), dans une étude transversale datant de 2014, évoquaient une prévalence de 33 % de consommateurs de cannabis chez les patients Schizophrènes.

Une étude menée à Casablanca sur les spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés dans un centre psychiatrique avait trouvé une consommation de cannabis élevée à 72,5% chez les patients présentant des troubles schizophréniques. (16)

La surconsommation de cannabis chez les patients Marocains peut s'expliquer par son accessibilité et son coût relativement abordable au Maroc.

Il se pourrait que les patients en surconsomment dans le but d'atténuer leurs symptômes positifs ou pour pallier aux effets secondaires de leur traitement antipsychotique. Cependant d'après Kuepper R et al. Le cannabis semble également avoir un rôle dans le développement de la schizophrénie. (29)

### **3.3. Insight**

Le terme insight peut être traduit en français de manière approximative comme étant la « conscience du trouble » ou encore « introspection », « déni » ou « anosognosie ». (30)

Il s'agit d'un concept multidimensionnel comprenant : la conscience de souffrir d'une maladie mentale, la conscience de signes et symptômes spécifiques de la maladie, l'attribution des symptômes à la maladie mentale, la conscience du besoin de traitement et la conscience des conséquences sociales de la maladie (31).

- A Fès, notre étude montre que 80% des patients à Fès n'étaient pas conscients de leur pathologie psychiatrique.

- A Toulouse par contre la tendance était équilibrée. 50% avaient un insight positif et 50% un insight négatif.

Ces résultats cadrent bien avec ceux de la littérature.

De nombreuses études ont montré qu'entre 50 et 80% des patients atteints de schizophrénie ne considèrent pas avoir un trouble mental (32,33,34,35).

En outre, l'insight négatif est une caractéristique fondamentale de la schizophrénie. De nombreuses études nous montrent qu'il est associé à la gravité de la symptomatologie, à un mauvais fonctionnement social, à un mauvais résultat du traitement agissant notamment sur l'observance thérapeutique et à un nombre plus important de réhospitalisation. (36)

L'insight négatif en psychiatrie a fait l'objet de nombreuses études ces quinze dernières années. De nombreuses hypothèses ont été évoquées expliquant ce déficit :

- Le modèle psychodynamique impliquant un déni de la maladie comme mécanisme de défense.
- Le modèle neuropsychologique impliquant un déficit de la conscience du trouble comparable à l'anosognosie neurologique.
- L'hypothèse clinique expliquant l'insight comme un symptôme primaire lié directement à la maladie mentale.
- Le modèle cognitif désignant l'insight comme un ensemble d'attributions et de croyances concernant les symptômes mentaux. (37)

#### **3.4. BPRS: Brief Psychiatric Rating Scale**

La BPRS, Echelle de Cotation Psychiatrique Brève, est une procédure d'évaluation souvent utilisée pour l'appréciation clinique des patients schizophrènes. Elle permet d'évaluer un large ensemble de symptômes accompagnants le trouble psychiatrique. Elle comprend 18 items fournissant quatre

facteurs d'analyse (le facteur anxiété-dépression, le facteur anergie, le facteur troubles de la pensée et le facteur activation).

- A Fès, la BPRS des patients était de  $51,67 \pm 11,9$
- A Toulouse, la BPRS des patients était de  $48,50 \pm 17,3$ .

Aucune différence statistiquement significative n'avait été observée entre les facteurs de la BPRS dans les deux populations d'étude.

#### 4. Dispositifs de soin et qualité de prise en charge

##### 4.1. Hospitalisation

L'hospitalisation du sujet schizophrène se fait en général en phase de décompensation aiguë (volontairement ou sous contrainte) afin de stabiliser le patient en lui administrant un traitement médicamenteux et de le protéger de tout acte auto ou hétéro agressif. Elle est un temps capital de la prise en charge car elle permet de suivre le patient et de l'éduquer quant à l'importance de l'observance thérapeutique. Elle permet également un contact plus soutenu avec la famille du sujet.

- A Fès : la durée moyenne d'hospitalisation de nos patients était de  $26,32 \pm 36,1$  jours avec une médiane de 7, une durée minimale de 1 jours et une durée maximale de 120 jours.
- A Toulouse : la durée moyenne d'hospitalisation était de  $23,47 \pm 28,3$  jours avec une médiane de 13, une durée minimale de 1 jours et une durée maximale de 95 jours.

Notons que les conditions d'hospitalisation étaient très différentes d'un pays à l'autre. Si à Toulouse la plupart des patients étaient seuls dans leur chambre, à Fès au contraire ils étaient souvent plus nombreux.

Nos résultats sur la durée moyenne d'hospitalisation de nos patients sont un en baisse par rapport à ceux de la littérature. Coldefy M. et al (38) avaient estimé en

2014 cette durée à 45 jours en moyenne, notons que cette estimation concernait tous les patients hospitalisés et pas spécifiquement les schizophrènes.

Dans les pays développés, on observe au cours de ces trente dernières années, de plus en plus une désinstitutionalisation du système de soins psychiatriques en faveur de prise en charge en extrahospitalier avec réduction de la durée d'hospitalisation. Plusieurs études se sont intéressées à l'association entre durée d'hospitalisation et taux de réadmission mais les résultats restent assez contradictoires. Probablement parce que de nombreux paramètres, tels les variables environnementales, ne sont pas forcément pris en compte dans ces études. (39)

#### **4.2. Parcours de soin**

- A Fès : 93,3% de nos patients avaient un psychiatre dans le secteur public qui assurait leur suivi thérapeutique et chez qui ils devaient consulter régulièrement (de 1consultation/mois à 1consultation/ 3 mois) selon les besoins. Cependant on a noté une très mauvaise observance du suivi. Seulement 33,3% des patients étaient observants. La majorité des autres patients ne venaient consulter qu'en cas de décompensation psychotique et encore principalement sous la contrainte de leur famille. En outre, la quasi totalité de ces patients avaient reconnu ne pas prendre régulièrement leur traitement médicamenteux.

Les 6,7% restants avaient choisi d'être suivi par un psychiatre privé.

Une très grande majorité n'avait jamais consulté chez un médecin généraliste, très peu y allait rarement et un seul avait un suivi régulier avec un médecin généraliste attitré.

Concernant les consultations aux urgences, seuls 10% des patients prétendaient y avoir souvent recours.

- A Toulouse : 83,3% des patients étaient suivis par un psychiatre du secteur public. Là par contre l'observance était meilleur puisque 70% des patients respectait les rythmes de consultations demandé par le psychiatre.

16,7% des patients étaient suivis par un psychiatre du secteur privé.

43,3% des patients consultaient souvent leur médecin généraliste.

Ici 33,3% des patients prétendaient aller souvent aux urgences.

Concernant l'observance thérapeutique, nos résultats sont en concordances avec ceux de la littérature.

L'ensemble des études, anciennes et actuelles, font ressortir deux déterminants essentiels de non-observance thérapeutiques liés au patient : le défaut d'insight et la comorbidité addictive. (40)

Les faibles taux d'observance thérapeutiques chez nos patients à Fès sont probablement, en partie du moins, en lien avec leur Insight négatif (80% des patients n'étaient pas conscients de leur trouble). De même la majorité de nos patients (86,7%) présentaient une addiction (dont 70% une addiction au THC).

De récentes études suggèrent que l'alliance thérapeutique, la relation entre le médecin et le patient, ainsi que la reconnaissance par le patient de la compétence de son médecin jouent également un rôle important dans l'observance thérapeutique. (40)

De même, l'opinion du patient sur son traitement, sa croyance subjective en l'efficacité, peuvent supplanter la gêne des effets secondaires dans l'observance thérapeutique. (40)

Concernant les consultations chez le généraliste, diverses études tendent à montrer une fréquence comparable de consultations chez le médecin généraliste entre schizophrènes et population générale. (41)

La rareté voire l'absence de consultation en médecine générale chez la majorité des patients de Fès peut s'expliquer par le fait qu'au Maroc il n'y a pas la notion de médecin généraliste attitré, ou de médecin de famille. La plupart des sujets consultent dans des centres de santé en cas de nécessité. De plus, les pathologies somatiques chez le patient schizophrène sont souvent sous diagnostiquées.

La rareté des passages aux urgences pourrait s'expliquer par le fait qu'en cas de décompensation psychotique aiguë, la plupart des patients préfèrerait être vu par un médecin qu'ils connaissent déjà.

## **5. Prise en charge**

Comme toutes les maladies chroniques, la schizophrénie nécessite un traitement au long cours.

Il convient d'adapter ce traitement en fonction des formes cliniques mais également d'optimiser les posologies et les combinaisons afin de stabiliser le patient, tout en lui donnant un certain confort facilitant ainsi l'observance thérapeutique.

L'adhésion au traitement médicamenteux reste un enjeu majeur de la prise en charge de la schizophrénie car bon nombre de patient à long terme finissent par arrêter leur traitement.

Il est primordial de favoriser une alliance thérapeutique de qualité en démystifiant la pathologie et en encourageant les patients à prendre plus de responsabilité dans leur prise en charge (42).

### **5.1. Traitement antipsychotique**

La découverte des antipsychotiques en 1952 par Delay et Deniker a permis de révolutionner la prise en charge de la schizophrénie. En effet avant cela les patients étaient souvent hospitalisés pendant de très longues périodes dans des conditions

très difficiles à vivre. Ces hospitalisations avaient surtout pour but de les isoler, sans que rien ne soit concrètement fait pour améliorer leur symptomatologie clinique. Quelques substances tels les barbituriques ou les antihistaminiques leur étaient administrées pour les sédater et contenir leur agressivité. La sismothérapie était également pratiquée chez les patients schizophrènes avec une efficacité notable sur les troubles du comportement et les symptômes productifs. Sur certains patients jugés agressifs ou dangereux était pratiqué des interventions chirurgicales cérébrales, opération consistant à sectionner certaines fibres nerveuses de la substance blanche dans le lobe préfrontal.

Au Maroc, les schizophrènes et les malades mentaux étaient traités par des moyens traditionnels (guérisseurs, marabout). Les malades étaient restreints au domicile familial, cachés ou déambulaient dans les rues. (43)

- A Fès : la majorité des patients (63,3%) étaient sous antipsychotique classique.

La Chlorpromazine était la molécule la plus prescrite, suivi de près par l'Halopéridol.

A noter que 43,3% des patients avaient une association de Chlorpromazine et d'Halopéridol.

33,3% des patients avaient une combinaison d'antipsychotique classique et atypique. Chez ce groupe de patient, l'antipsychotique atypique le plus prescrit était L'olanzapine.

Seul un patient était sous antipsychotique atypique seul.

Concernant les antipsychotique en LP, ils étaient prescrits pour 26,7% des patients. La molécule alors prescrite était la Fluphenazine.

- A Toulouse : les prescriptions associaient souvent des antipsychotiques classique et atypique (55,2% des patients). L'halopéridol et la Loxapine étant les classiques les plus prescrits et l'Aripiprazole étant l'atypique le plus prescrit, suivi de près par la Clozapine. (Aucune combinaison de prédilection n'a été observée).

13,3% des patients bénéficiaient d'antipsychotique en LP. La Fluphenazine était également la plus prescrite, suivi par l'Halopéridol et l'Aripiprazole.

Il est à noter que l'Halopéridol à libération prolongée et la Loxapine ne sont pas commercialisés au Maroc.

Dans la littérature, des études de 1999 et 2001 montrent que les antipsychotiques les plus utilisés étaient l'Halopéridol associé à la Cyamemazine.

Avec l'avènement des molécules de deuxième génération la tendance est plus à la Rispéridone ou Olanzapine associés à la Cyamemazine. L'antipsychotique atypique étant la molécule principale et le classique ayant pour but de réduire un symptôme rebelle apparaissant de façon inopinée. (44, 45)

Le mécanisme d'action essentiel des neuroleptiques est le blocage des récepteurs D2, ce qui induirait une réduction de l'hyperactivité dopaminergique au niveau de la voie mésolimbique, cette hyperactivité est supposée être à l'origine des symptômes positifs.

L'efficacité thérapeutique des neuroleptiques sur la symptomatologie positive aussi bien lors des phases aiguës qu'à plus long terme sur la persistance productive n'est plus à prouver.

Cependant pour ce qui est des symptômes négatifs ou cognitifs ces

antipsychotiques restent inefficaces.

De même le blocage dopaminergiques entraîne de nombreux effets secondaires, notamment des symptômes extrapyramidaux, dyskinésies tardives, ostéoporose ou troubles sexuels.

Ainsi bien qu'efficace sur la symptomatologie positive, les nombreux effets indésirables dont ils sont responsables entraînent malheureusement une mauvaise observance thérapeutique. (46)

De nos jours la Clozapine, l'Amisulpride, la Risperidone et l'Olanzapine sont répertoriés comme les antipsychotiques atypiques les plus utilisés. (47)

Leur atypicité peut leur être conférée par plusieurs de leurs propriétés. D'une part, par leur action sur d'autres types de récepteurs, notamment sérotoninergiques, avec un effet d'antagonisme 5-HT<sub>2a</sub>. Cet antagonisme 5-HT<sub>2a</sub>, qui pourrait constituer la principale caractéristique des antipsychotiques atypiques, entraîne, par un phénomène de rétrocontrôle, une augmentation de la libération de dopamine, résultant en un effet « pro- dopaminergique ». (46)

Par leur mode d'action, les antipsychotiques atypiques offrent une supériorité thérapeutique par rapport aux molécules classiques, notamment avec une nette amélioration des effets secondaires neurologiques et par ricochet une meilleure observance thérapeutique, mais également une efficacité indéniable sur les symptômes négatifs de la schizophrénie. Cependant ils entraînent des effets secondaires métaboliques tels la prise de poids, le diabète, l'hypercholestérolémie et une augmentation de la prolactine.

Depuis peu est apparu l'Ariprazole, molécule antipsychotique atypique avec un mécanisme d'action original et qui constitue aujourd'hui un espoir en terme

d'efficacité et de tolérance.

Il agit comme les autres antipsychotiques atypiques, mais à cette caractéristique de base s'enrichit d'autres propriétés pharmacologiques (agoniste partiel des récepteurs 5HT1A) qui épaulent et/ou complètent les actions thérapeutiques ainsi développées. Ainsi, il affecte peu certaines des cibles souvent atteintes par divers autres antipsychotiques (récepteurs cholinergiques muscariniques, récepteurs  $\alpha_1$ -adrénergiques) ou les modifie sur le mode d'une stimulation légère et non d'un blocage complet (récepteurs D2, D3). De ce fait, il réduit un certain nombre d'effets indésirables. (48)

Ainsi d'après de nombreuses études, l'Aripiprazole a fait ses preuves en termes de tolérance aussi bien neurologique que sur la prise de poids. Une action plus spécifique sur la dimension négative et sur certaines dimensions cognitives paraît maintenant bien argumentée, même si d'autres études devront le confirmer. (48)

Cependant même si les antipsychotiques atypiques sont des traitements de choix dans la schizophrénie, leur utilisation reste encore très restreinte dans les pays en voie de développement, du fait de leur coût et de leur disponibilité pour la plupart des patients.

## **5.2. Traitement anxiolytique**

- A Fès : la majorité des patients n'avaient pas de traitement anxiolytique. Parmi ceux qui en avaient, les Benzodiazépines étaient les seules molécules prescrites.

Le recours aux anxiolytiques en si nécessaire était rare. Il concernait 16,7% des patients. Il n'y avait pas de notion de traitement en si besoin.

- A Toulouse, la majorité des patients bénéficiaient d'un traitement anxiolytique. Les Benzodiazépines étaient également les molécules les plus prescrites.

De même qu'à Fès le recours aux anxiolytiques en si nécessaire était rare (10,0% des patients).

Par contre tous les patients avaient accès à des anxiolytiques en si besoin.

L'anxiété chez les patients schizophrènes est un facteur majeur contribuant à une faible qualité de vie (49,50, 51), à une augmentation du risque de suicide (52) et à un fonctionnement social moindre (53), ce qui justifie une prise en charge particulièrement attentive.

L'American Psychiatric Association (APA) conseille d'ailleurs l'administration des benzodiazépines pour réduire l'anxiété et l'agitation liées aux crises psychotiques, mais met en garde contre leur utilisation chronique, face au risque d'abus et de dépendance (54).

Gaillars et al. (55) à travers le commentaire et l'analyse de nombreux essais cliniques sur l'utilité des benzodiazépines chez le schizophrène ont montré que ces dernières diminuaient l'anxiété, amélioraient le sommeil et permettaient la sédation de l'agitation. De plus l'association benzodiazépines et antipsychotiques permet la diminution des posologies des antipsychotiques, la diminution de certains effets secondaires ce qui permet une meilleure observance thérapeutique. Cependant il faut être prudent avec l'utilisation des benzodiazépines et faire attention au risque de dépendance, de rebond et à la potentialisation de certains effets latéraux.

### **5.3. Traitement antidépresseur ou thymorégulateur**

La majorité de nos patients ne prenait ni un traitement antidépresseur ni un

traitements thymorégulateur.

Acquaviva et al. (56) rapportent que 51,2 % des 922 patients schizophrènes inclus dans leur étude recevaient des antidépresseurs.

Dans la littérature, des études montrent que chez les patients schizophrènes montrant une résistance totale ou partielle aux antipsychotiques, l'ajout de molécules adjuvantes est souvent utilisé pour potentialiser la réponse thérapeutique. (57)

Si l'efficacité des antidépresseurs sur les symptômes négatifs de la schizophrénie a été démontrée par de nombreuses études, il faut cependant en pratique faire attention quant aux interactions médicamenteuses. En effet, ils peuvent augmenter les taux plasmatiques des antipsychotiques (58).

#### **5.4. Electroconvulsivothérapie**

Dans notre étude aucun patient n'était traité par électroconvulsivothérapie.

Bien qu'ancienne, elle est encore utilisée dans quelques indications bien précises chez le patient schizophrène après un consentement éclairé de ce dernier ou d'un membre de sa famille (si le consentement du patient ne peut être obtenu).

De nos jours elle s'effectue sous anesthésie générale. De fait un bilan pré-thérapeutique rigoureux s'impose.

On l'envisage en seconde intention dans le traitement des psychoses résistantes aux traitements psychopharmacologiques. Elle doit cependant toujours être réalisée en association avec ces derniers. (59)

Des études randomisées ont démontré leur efficacité dans diverses affections psychiatriques dont la schizophrénie. (60)

Son mécanisme d'action n'est pas encore très bien connu. Il a été mis en évidence qu'elle agit sur certains neurotransmetteurs, notamment la noradrénaline,

la sérotonine, la dopamine et l'acétylcholine ; mais également sur l'activité opioïde et l'activité GABA. (59)

### **5.5. Prise en charge somatique**

- A Fès, la grande majorité des patients (93,3%) ne prenaient aucun traitement somatique en dehors de 26,7% de ceux qui bénéficient d'un traitement des dyskinésies.

Interrogés sur leurs antécédents somatiques, seuls 16,7% des patients prétendaient en avoir.

- A Toulouse, 40,0% des patients prenaient d'autres traitements, notamment pour des troubles métaboliques et 36,7% d'entre eux pour des dyskinésies.

Concernant les antécédents, 70% des patients prétendaient en avoir.

A Fès, bien que bon nombre de patient n'ont que très rarement recours à une consultation chez un médecin généraliste pour des troubles somatiques, ces résultats restent assez surprenants dans la mesure où la plupart de ces patients étaient sous antipsychotiques classiques, traitements avec de nombreux effets secondaires notamment neurologiques.

Les résultats à Toulouse sont quand à eux assez conformes à la littérature.

En effet selon les études, la prévalence des comorbidités somatiques chez les schizophrènes varie de 19 à 57% (61).

Si on laisse de coté les comorbidités liées aux antipsychotiques et autres traitements suivis par les sujets schizophrènes, leur mode de vie même, sédentaire, replié et pour la plupart associé à des conduites addictives les expose plus que la population générale à de nombreuses pathologies.

A cela s'ajoute ensuite les conséquences métaboliques de leur traitement antipsychotiques.

Selon des publications de Vancampfort et Al. (62), seuls 25,7% des sujets souffrant de schizophrénie pratiquent une activité physique régulière conforme aux recommandations de santé publique. En plus de ce manque d'activité physique, ce sont des individus qui s'alimentent mal. Leur régime alimentaire est plus riche en lipides et en sucre et très peu en fibres, fruits, légumes.

Ce mode de vie les expose donc plus que la population générale à l'obésité et à de nombreux risques cardio vasculaires.

Des études épidémiologiques ont en effet montré une incidence plus élevée de maladies cardio-vasculaires chez les sujets schizophrènes que dans la population générale (63).

Notons que les pathologies cardiovasculaires (cardiaques et cérébro-vasculaires), représentent la première cause de décès, toutes causes confondues, chez les patients schizophrènes. (64,65, 66)

D'autres comorbidités existent chez ces sujets :

-Les pathologies respiratoires : Elles sont la deuxième cause somatique d'hospitalisation chez les patients schizophrènes. Leur taux est deux fois supérieur à celui de la population générale (67). La plus grande consommation de tabac retrouvé chez ces patients pourrait expliquer cela.

- Les pathologies infectieuses : Du fait de leurs comorbidités addictives, et de leurs comportements sexuels à risque plus élevé, les patients souffrant de maladies mentales présentent un plus haut risque d'infections virales chroniques tel le VIH et les virus de l'hépatite B et C (68) (69). Plusieurs études à travers le monde montrent que les patients schizophrènes souffrent également plus de tuberculose que la population générale. (68)

- Les néoplasies : Les résultats des études se contredisent pour la plupart et ne sont donc pas très concluants. Ces divergences pourraient s'expliquer par le fait que de

nombreux patients schizophrènes meurent prématurément, ce qui fait que l'on ne peut pas évaluer l'apparition des cancers chez eux. (68)

De fait, une très grande attention doit être portée sur les patients schizophrènes par le médecin psychiatre puisque qu'il est l'acteur principal de la prise en charge de ces patients. Il pourra ensuite accessoirement et selon la nécessité orienter le patient vers d'autres professionnels plus compétents pour complément de prise en charge. Dans la mesure où le patient pourrait omettre de se plaindre à propos de certains symptômes, un accent particulier doit être mis sur le dépistage systématique des pathologies considérées aujourd'hui comme principales comorbidités de la schizophrénie.

Il convient également de dire que le risque suicidaire estimé à 10% est en partie responsable de la surmortalité de sujets atteints de schizophrénie (diminution de 10 ans en moyenne de la durée de vie) (70). A travers une étude de 1200 patients, Allebeck et Wisted (71), ont conclu à un risque de suicide 12 fois supérieur à celui de la population générale et 14 fois supérieur pour le risque de morts violentes « suspectes »

### **5.6. Prise en charge institutionnelle**

Bien qu'indispensables dans la prise en charge de la schizophrénie, il est recommandé que les traitements pharmacologiques soient accompagnés de mesures thérapeutiques psycho-sociales.

- La thérapie cognitive comportementale : elle agit sur les processus cognitifs pérennisant les symptômes psychotiques et sur les symptômes eux – mêmes.

Elle est surtout indiquée sur les symptômes résistants aux antipsychotiques.

Elle a un impact favorable sur le risque de rechutes. (72)

- La psychoéducation : elle a pour objectif d’emmener le patient à surmonter le sentiment d’impuissance face à sa symptomatologie (qui lui est inconnu et incompréhensible) en l’informant, en lui expliquant son diagnostic et en lui donnant les armes pour faire face à sa pathologie. (73) Elle agit également sur le risque de rechute (74) et améliore l’observance thérapeutique.
  - La thérapie psycho-dynamique : Elle réduit les troubles de la pensée, et aide à la résolution des problématiques de la vie courante (75).
  - Entraînement aux habilités sociales : Elle permet grâce à un jeu de rôle et de coaching la gestion de la relation avec les soignants et la famille et par ricochet permet une meilleure observance thérapeutique (76).
  - Le programme de remédiation cognitive : Agit sur le déficit cognitif en améliorant le fonctionnement et l’efficacité du patient (74).
- A Fès, d’après les résultats de notre étude, seuls 10% des patients avaient recours à une psychothérapie.

Les ateliers thérapeutiques médiatisés au cours de l’hospitalisation étaient très rares. Seule une patiente de notre échantillon en pratiquait. Cependant des fêtes étaient organisées dans le service pour distraire et détendre un peu les patients (surtout dans l’aile des patientes féminines). Les patients hommes se retrouvaient également dans la cours pour jouer au football.

- A Toulouse, 20,0% des patients avaient au cours de leur parcours un recours à une psychothérapie. Mais beaucoup avaient abandonné en cours de route estimant qu’ils n’en voyaient pas le bénéfice sur leur pathologie psychotique. Pour ce qui est des ateliers thérapeutiques médiatisés, 60,0% des patients y participaient. Pas toujours très motivé, ils étaient le plus souvent encouragés par l’équipe soignante à poursuivre ces activités.

Notons également que des ateliers d'art-thérapie étaient organisés bi-hebdomadairement pour les patients en hospitalisation de jour.

G. Hogarty et al. ont montré l'intérêt du recours aux modalités thérapeutiques combinées, notamment l'entraînement aux habilités sociales associés au traitement habituel dans les rechutes chez les patients schizophrènes. (77)

### **5.7. Soutien familial**

La schizophrénie est une pathologie chronique avec des manifestations assez complexes et très spectaculaires lors des crises psychotiques aiguës. Il ne va pas sans dire qu'une telle affection aura un impact sur la relation du sujet avec sa famille. Le fait que le patient ne soit pas toujours conscient de son trouble met souvent à rude épreuve la patience de son entourage. Très souvent, les parents ne comprennent pas ce qui se passe. Certains se sentent coupable, se demandant ce qu'ils ont bien pu manquer dans l'éducation de leur enfant pour qu'il en arrive là, d'autre encore, souvent les mères pensent avoir donné naissance à « un enfant anormal ». Certains au contraire sont plutôt en colère contre le sujet surtout quand ils découvrent que ce dernier consomme des substances tel le cannabis pensant que c'est la cause de son affection.

Dans tous les cas, le comportement de la famille aura un impact sur le patient et sur sa pathologie. Plus la famille sera impliquée et meilleure sera l'observance thérapeutique, diminuant ainsi les rechutes et améliorant la relation entre les deux protagonistes. Il s'agit d'un cercle dont on ne saurait négliger l'importance dans la prise en charge du patient schizophrène.

- A Fès : 60% des patients estimaient bénéficier d'un soutien familial allant de peu (6,7%), moyen (13,3%) à très présent (40 %).

Les 40% restant estimaient que leur famille était complètement absente pour eux dans le cadre de leur pathologie.

- A Toulouse : 83,3% des patients estimaient que leur famille était présente pour eux. Avec selon les items peu présent (25,5%), moyennement présent (26,7%) et très présent (26,7%). Ainsi seul 16,7% des patients estimaient ne pas du tout avoir de soutien familial.

L'étude univariée nous montre un P value= 0,05 entre les deux populations d'étude.

Il s'agit là d'un des résultats les plus surprenants de notre étude.

En effet dans la société marocaine la notion de famille tient une importance capitale ; en tout cas relativement plus que dans les sociétés occidentales.

De plus, les résultats de notre étude avaient rapporté que 90,0% de nos patients à Fès vivaient dans un logement familial contre seulement 16,7% des patients de Toulouse.

Deux hypothèses peuvent expliquer ces résultats :

Premièrement les patients à Fès étaient peut-être « contraints » de vivre dans le domicile familial par manque de moyen personnel pour se prendre un logement autonome. Souvent la famille, vivant aussi dans des conditions précaires, peut considérer le patient comme une charge pour elle. Un « fou » dont il faut s'occuper et qui n'apporte rien à la famille dès lors elle se désintéresse de lui et le laisse à son propre sort.

Un constat de Karoumi B. dans son ouvrage « Les schizophrénies au Maroc » (43) est que de nos jours on assiste de plus en plus à une stigmatisation et un rejet du schizophrène parfois dans la famille même du patient. Cela se voit surtout en milieu urbain.

Cette différence selon les milieux pourrait s'expliquer par le fait que dans le milieu rural, malgré des conditions socio-économiques relativement basses, les notions de solidarité et fraternité persistent. La famille est souvent plus grande et

chaque membre se sent responsable de l'autre même s'il ne s'agit pas forcément de son descendant ou ascendant directe.

Ces valeurs tendent malheureusement à se perdre en milieu urbain.

Une autre hypothèse expliquant nos résultats pourrait être que justement comme dans la société marocaine l'esprit de groupe et d'entraide surtout au sein d'individus d'une même famille semble être de mise, les patients attendent beaucoup plus de leur famille que ce qu'ils ont l'impression qu'elle leur apporte. La notion de soutien familiale étant subjective.

Ainsi le soutien familial ne serait pas forcément moindre à Fès, mais ce sont les exigences du sujet par rapport à ce soutien qui seraient élevées.

## **6. Mesures de réhabilitation**

### **6.1. Emploi**

- A Fès, la moitié des patients de notre étude avaient un emploi mais dont le salaire exclusif, souvent faible ne leur permettait que modérément de subvenir à leurs besoins.

Il s'agissait en effet le plus souvent d'emploi journaliers dans le domaine artisanal.

- A Toulouse 26,7% des patients dans notre échantillon avaient un emploi. Cet emploi était assez bien rémunéré. Il est à noter que la majorité des patients ayant un emploi avait un diplôme qualifiant.

Dans la littérature, différentes études publiées par Marwaha et Johnson (78) démontraient que seuls 10 à 15% des sujets schizophrènes étaient insérés sur le marché du travail.

Le fait d'avoir un emploi quand bien même peu rémunéré, pourrait s'avérer favorable pour le patient. En effet, cela lui permet de se mettre en activité et lui donne le sentiment d'avoir une certaine qualification et une contribution à la

société.

Car reconnaissons que chez tout individus, le chômage peut avoir un impact indéniable sur l'estime de soi et la qualité de vie. Chez les patients schizophrènes, cet impact peut être d'autant plus néfaste qu'il pourrait engendrer une décompensation de leur pathologie sur un mode productif.

Dans ce sens Bouvet et al. (79) ont montré dans une étude évaluant l'évolution psychologique des travailleurs en milieu protégé que le travail stabilise les patients en renforçant l'estime de soi , en atténuant la dimension dépressive (80) et améliorant les aptitudes relationnelles.

## **6.2. Allocations**

- A Fès : aucun des patients ne bénéficiaient d'une allocation pour adulte handicapé (AAH). Seul un des patients, ancien militaire, bénéficiait d'une indemnité de réforme.

La notion d'allocation pour patients schizophrènes est inexistante au Maroc.

Notons cependant que de nombreux patients jugés précaires recevaient gratuitement leur traitement antipsychotique au long cours au CHU.

- A Toulouse : la grande majorité des patients bénéficiaient de l'Allocation pour Adulte Handicapé.

L'Allocation Adulte Handicapé compense une incapacité à se procurer du travail du fait d'un handicap. Elle est attribuée sur demande argumentée d'un certificat médical pour une durée variable. Elle n'empêche pas de travailler et n'est pas incompatible avec le statut de travailleur handicapé.

Un des modèles les plus inspirant est celui des pays scandinaves. En effet, ils affectent une plus large part de leurs ressources à des programmes visant à favoriser le retour de salarié dans l'entreprise, afin d'éviter qu'il ne bascule trop facilement dans le régime de l'invalidité. Une de leur stratégie est de permettre une

compensation financière aux employeurs qui embauchent des personnes reconnues comme ayant une capacité de travail réduite (81).

### **6.3. Logement**

- A Fès : la grande majorité de nos patients vivaient dans un logement familial. Seul un des patients vivait seul dans un logement autonome, un était sans domicile fixe et un autre était prisonnier.
- A Toulouse : la majorité des patients vivaient seul dans un logement autonome, seul cinq patients vivaient en famille, deux bénéficiaient de logement dit thérapeutique et un était sans domicile fixe.

En général, les patients schizophrènes rencontrent de grandes difficultés à trouver un logement, car les propriétaires sont en général très réticents à l'idée de louer leurs logements aux sujets atteints de troubles mentaux.

En France, avant l'avènement des traitements modernes, au début des années 50, l'immense majorité des patients schizophrènes résidaient à l'hôpital. Depuis l'atténuation des symptômes par l'approche médicamenteuse et l'accès à une certaine autonomie, les patients vivent à l'extérieur de la structure hospitalière. Ils peuvent également occuper divers types de logement pour lesquels ils sont susceptibles de recevoir des aides financières.

L'accès au logement social est possible à ces patients comme à toute personne dont les ressources ne dépassent pas un certain plafond. À côté de ces possibilités d'hébergement qui s'adressent à toute la population, on trouve des hébergements plus spécialement conçus pour les patients concernés : les foyers d'hébergements et les foyers de vie accueillants les personnes les moins autonomes.

Au Maroc, ces structures d'aides (financières ou institutionnelles) permettant aux patients schizophrènes un accès facilité à des logements autonomes sont inexistantes.

Notons cependant que dans les milieux socio-économiques les moins favorisés et pour les personnes non encore mariées il y a une grande tendance culturelle à rester dans le cocon familial. Ce n'est donc pas exclusivement dans les populations de sujets atteints de maladies mentales que l'on rencontre des personnes adultes vivant encore en famille.

### **7. Recours à une médecine parallèle**

La société marocaine, assez attachée à la culture populaire, se représente souvent la maladie mentale comme venant d'une cause surnaturelle ou magique. (82)

Les malades mentaux sont considérés comme des victimes d'un malheur, de fait ils sont relativement bien traités, bénéficiant de compassion, de charité et même de la prestation des différents praticiens traditionnels, mais malheureusement également quelques fois des charlatans. (43)

Selon l'OMS (83), « la médecine traditionnelle africaine est l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour prévenir ou éliminer un déséquilibre physique, mental ou social en s'appuyant exclusivement sur l'expérience vécue. Ces pratiques sont transmises de génération en génération, oralement ou par écrit »

- A Fès, 46,7% des patients prétendaient avoir déjà eut recours à une médecine parallèle. Il s'agissait le plus souvent de guérisseurs traditionnels leur donnant des remèdes à base de plante, ou de maitres religieux leur conseillant de beaucoup prier. Certains des patients prétendaient y retourner de temps en temps, les autres n'y étaient allé qu'au début de leur pathologie en premier recours et n'y étaient plus du tout retourné.
- A Toulouse, seuls 20% des patients reconnaissaient avoir eu recours à une médecine parallèle. La majorité de ces patients avaient déclaré y être allé une

ou deux fois sans réel conviction. Seul un des patients avait poursuivi les consultations chez un « marabout » rencontré sur internet estimant que cela lui faisait du bien.

Une étude réalisée au Maroc a trouvé que 46 % des parents de patients atteints de schizophrénie attribuaient la cause de la schizophrénie à des événements de vie stressants tels que les conflits et les ruptures, 25 % incriminaient la sorcellerie, 23% l'expliquaient par l'hérédité, 30% mettaient en cause des perturbations organiques et 25% évoquaient l'abus de drogues (84).

## 8. Données évolutives

Cette étude étant transversale, nous n'avons pas pu collecter des données évolutives sur les patients vus et interrogés.

Dans la littérature, les études réalisées tendent à conclure de manière indéniable que l'évolution de la schizophrénie est meilleure dans les pays en voie de développement.

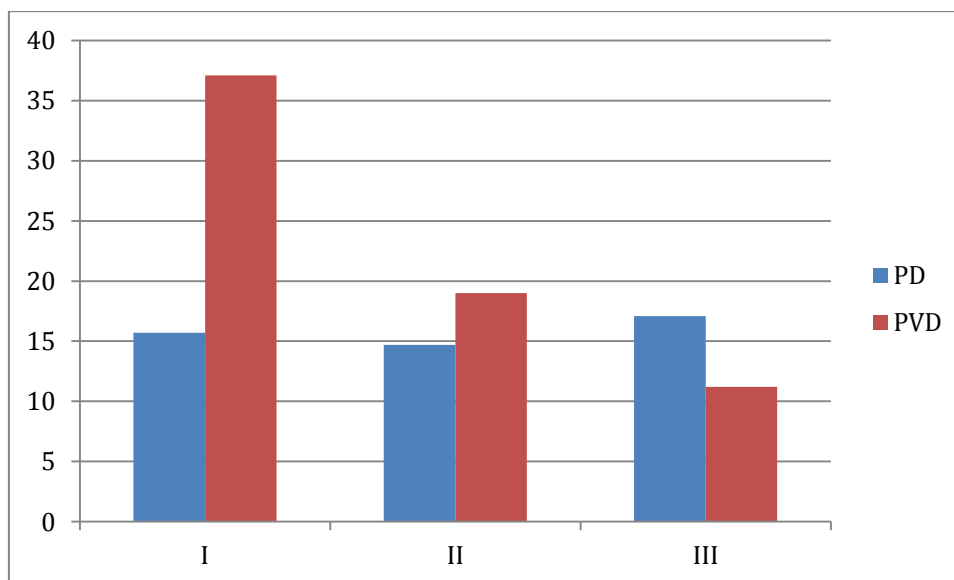
De nombreuses études (OMS) ont rapporté un taux plus élevé de guérison dans ces pays. Les patients font moins de rechutes et ont une durée moindre d'épisodes psychotiques. (85, 86, 87).

D'après ces travaux, deux ans après le premier épisode schizophrénique, on avait une rémission complète de 63% des patients dans les pays en voie de développement contre 37% dans les pays développés. (85)

D'autres études citées par Kulhara ont confirmé ces résultats concluant qu'il est irréfutable que l'évolution et le pronostic de la schizophrénie sont meilleurs dans les pays en voie de développement. (88)

Si aujourd'hui on n'a plus de doute sur l'évolution favorable de cette pathologie dans les pays en voie de développement, la question reste entière sur les raisons de cette inégalité d'évolution paraissant paradoxale. En effet le système de

soin et la prise en charge semblent être meilleurs dans les pays industrialisés. Pour l'heure, l'une des principales hypothèses suggère le rôle non négligeable que pourrait jouer la structure sociale traditionnelle et la culture dans l'induction d'un meilleur pronostic dans les pays en voie de développement.



**Graphique 18 : Evolution de la schizophrénie dans les pays développés (PD) et pays en voie de développement (PVD) (89)**

I : Episode psychotique unique, rémission complète

II : Deux à plus d'épisode psychotiques avec rémission complète

III : Evolution psychotique aigu sans rémission.

Les résultats de notre étude restent assez mitigés quant à cette hypothèse.

En effet nous avons montré précédemment que même si 90,0% de nos patients de Fès vivaient dans un logement familial, 40% estimaient quand même ne pas avoir de soutien familial.

Nous avons tenté d'expliquer cela notamment par le bas niveau socio-économique des familles qui cumulé aux impératifs de la vie en milieu urbain pouvait être responsable de tension entraînant à terme la « négligence » des sujets schizophrènes. Ceci dit même si les patients ne se sentent pas soutenus, il n'en demeure pas moins que le fait de vivre au sein d'une famille pourrait avoir des

avantages. Cela lui permet de ne pas se sentir seul. La solitude chez les patients psychiatriques étant un facteur de risque suicidaire, un facteur de stress au quotidien et chez le sujet schizophrène plus particulièrement elle pourrait augmenter les symptômes de repli.

D'autre part, les sociétés africaines sont caractérisées par une joie de vivre à toute épreuve. Le fait pour un sujet malade de baigner dans une telle ambiance au quotidien pourrait avoir un impact positif. Rappelons également que les notions de solidarité, de fraternité et d'entraide diffèrent selon les milieux urbains ou ruraux. En ce sens, notre échantillon prenant essentiellement en compte les sujets vivant à Fès et aux environs n'était pas assez représentatif de l'ensemble de la population marocaine.

Douki S. et al. (89) estiment qu'un autre aspect pouvant expliquer cette évolution plus favorable dans les pays en voie de développement pourrait être la moindre pression exercée sur le patient concernant les exigences de performance dans le travail, la production ou la socialisation.

Rappelons que 50% de nos patients à Fès avaient un emploi journalier le plus souvent dans le domaine artisanal.

Ainsi la possibilité d'emplois journaliers et artisanaux qu'offre la société marocaine aux individus même mentalement déficients est un atout. Dans une société où les exigences pour un travail intellectuellement probant sont moins grandes, ces travaux artisanaux sont une possibilité pour le patient d'avoir une activité et de prendre confiance en lui.

Selon Douki S et al. (89), l'image traditionnelle de la maladie mentale pourrait être moins stigmatisante dans les pays en voie de développement. Par exemple certaines cultures considèrent la folie comme ayant un lien avec le monde surnaturel ou parfois même a une valeur sacrée ou religieuse.

Cette modalité explicative, se référant à la pensée magique, pourrait être bénéfique dans la mesure où elle débarrasse aussi bien le patient que sa famille d'une éventuelle part de responsabilité dans le développement de la maladie. Cette déresponsabilisation pourrait réduire le niveau d'expression émotionnelle intrafamiliale et diminuer le risque conséquent de rechutes (90,91)

La British Journal of Psychiatry a publié une étude très intéressante de l'anthropologue Lurhmann S.T. à propos d'une interview de soixante schizophrènes aux Etats-Unis, au Ghana et en Inde sur leurs hallucinations auditives. (92)

La plupart des schizophrènes américains entendaient des voix menaçantes et agressives leurs ordonnant quelques fois de commettre des actes violents. Ces hallucinations étaient perçues par le sujet comme étant « bombardantes », désagréables. Ils les décrivaient en parlant de guerre, de torture, de crime et de suicide.

Les schizophrènes indiens entendaient plutôt des voix familières leur commandant d'accomplir des tâches ménagères. Ils les décrivaient comme espiègles voire amusantes.

Les sujets ghanéens quant à eux entendaient surtout la voie de Dieu, ce qui ne leur semblait pas vraiment anormal.

Les auteurs expliquaient que dans des sociétés occidentales où les esprits ne parlent pas et où les pensées sont censées être privées, les individus pouvaient se sentir agressés par le fait d'entendre des voix. Ils concluaient que c'est probablement la culture américaine en elle-même qui a façonné de tels symptômes. En outre ils expliquaient l'impact que peut avoir ces dissemblances culturelles sur la clinique. Ils en déduisent que sur le plan thérapeutique il faudrait peut être aider les patients à se « réconcilier » avec leurs hallucinations.

Une autre question que se pose de nombreux auteurs est de savoir si la

schizophrénie n'est pas une maladie née de la modernisation et de l'industrialisation expliquant ainsi pourquoi son pronostic est plus sombre dans les pays développés (90).

Gottesman (93) a fortement soutenu cette théorie en expliquant que le père même de la médecine, Hippocrate, qui a décrit plusieurs maladies modernes n'a jamais fait mention dans ses écrits de la schizophrénie. Selon cet auteur trois principales hypothèses peuvent expliquer l'apparition de cette maladie.

Premièrement, il propose qu'il existait peut être déjà à l'époque des troubles avec des désordres comme la schizophrénie, mais que cette tendance associée au stress de l'urbanisation et de l'industrialisation aurait favorisé le développement de la schizophrénie telle que nous la connaissons actuellement.

Sa seconde hypothèse sous-tend que le clivage des traditions culturelles et traditionnelles de la famille qu'a entraîné l'urbanisation et l'industrialisation pourrait être responsable de l'apparition ou tout au moins de l'expansion de la maladie.

Ceci dit si elle est née de l'urbanisation cela n'explique pas que son incidence soit identiques dans les pays développés et les pays en voie de développement.

Finalement, il suggère l'hypothèse peu probable qu'une infection apparue au XXe siècle puisse expliquer sa propagation.

## **9. Apport et limites de l'étude**

Cette étude nous a permis d'étudier les modalités de la prise en charge de la schizophrénie et les dispositifs de soins de deux systèmes de santé basés sur des réalités socio-économiques et culturelles différentes.

Cependant la population de notre étude reste limitée et n'est pas représentatif des patients schizophrènes dans la population générale, ce qui entraîne un manque de puissance du travail. Ce petit échantillonnage est dû essentiellement à un défaut de recrutement suite à des refus de consentement chez les patients au CHU de

Purpan à Toulouse.

De plus l'échantillon se limite aux patients vivants en milieu urbain ou environ et ne prend pas en compte les patients dans le secteur rural ce qui limite considérablement les résultats dans une étude cherchant à explorer l'impact de facteurs culturels.

Cette étude à vocation descriptive pourrait être un point d'ancrage pour de nombreuses autres études transculturelles sur la schizophrénie.

# CONCLUSION

Cette étude nous a permis d'observer deux populations de patients schizophrènes vivant dans des milieux socio-économiques et culturels différents : en France et au Maroc.

Elle nous a montré entre autre qu'à Toulouse le système de soin proposé aux patients a de nombreux avantages, particulièrement dans le domaine des aides sociales, leur offrant ainsi un certain confort de vie. Cependant, du fait du mode de vie occidental, un isolement individuel important du patient schizophrène est remarquable.

A Fès par contre, au milieu ambiant du patient fait de nombreuses difficultés socio-économiques, s'ajoute un véritable problème d'observance thérapeutique. A été également observé, un taux d'addiction au cannabis qui atteignait des sommets.

S'il est difficile d'agir à court ou même à moyen terme sur les améliorations des mesures socio-économiques, telles les allocations, les aides au logement ; il est cependant possible, voir même recommandé de mener des campagnes de sensibilisation massive afin d'éduquer les patients et leurs familles sur l'importance de la compliance au traitement pharmacologique et de la nécessité d'un suivi régulier pour les patients schizophrènes.

De même une limitation de l'accès au cannabis s'impose.

A plus long terme il serait important que des mesures budgétaires soient prises afin d'améliorer la qualité de vie des patients en hospitalier et en ambulatoire.

Enfin dans cette lutte de « modernisation » du système de soin, il est fort souhaitable que le Maroc ne perd pas les valeurs traditionnelles et culturelles qui font sa richesse et qui semblent jouer un rôle sur le pronostic à long terme de la schizophrénie.

# RESUMES

## RESUME

Nous avons mené une étude descriptive transversale sur une période de neuf mois. Cette étude intéressait 60 patients schizophrènes dont 30 vivaient à Toulouse et 30 à Fès. La majorité des patients étaient hospitalisés dans un CHU, et 11 patients (respectivement dans les deux villes) ont été vus en ambulatoire. Chaque patient a été interrogé dans des conditions jugées similaires selon une fiche d'exploitation tenant en compte des données sociodémographiques, des données anamnestiques sur la maladie, et sur la prise en charge incluant le parcours de soin, le traitement et les mesures de réhabilitations. Au cours de ce même entretien la symptomatologie des patients a été recueillie à l'aide d'une échelle standardisée (l'échelle abrégée d'évaluation psychiatrique: BPRS). Les données ont été ensuite traitées statistiquement dans un but de comparaison entre les deux échantillons d'étude. Les résultats ont été interprétés et discutés avec les données de la littérature récente sur le sujet afin d'analyser l'impact des critères socio-économiques et culturels sur la prise en charge et les dispositifs de soins de la schizophrénie.

Notre conclusion souligne l'intérêt non négligeable dans une pathologie comme la schizophrénie, d'un système de soin avec des dispositifs proposant aux patients de nombreuses aides notamment institutionnelles, sociales et économiques. Il ne faut pas pour autant négliger l'impact positif que peut avoir sur le sujet schizophrène, une société avec des valeurs traditionnelles culturelles de solidarité, de fraternité et de compassion.

## Abstract

We conducted a cross-sectional descriptive study over a nine month period. This study interested 60 schizophrenic patients of which 30 lived in Toulouse and 30 in Fes. The majority of patients were hospitalized in a university hospital, and 11 patients (respectively in the two cities) were seen as outpatients. Each patient was interviewed in similar conditions considered in a farm return taking into account sociodemographic data, anamnesis of disease data, and support including treatment course, treatment and rehabilitations measures. During the same interview the symptomatology of the patients was collected using a standardized scale (the Brief Psychiatric Rating Scale: BPRS). The data were then processed statistically for the purpose of comparison between the two study samples. The results were interpreted and discussed with the data of the recent literature on the subject in order to analyze the impact of socio-economic and cultural criteria support and schizophrenia care devices.

Our conclusion highlights the significant interest in a disease like schizophrenia, a care system with applicants to many devices including institutional, social and economic aid patients. It should not be neglecting the positive impact that can have on the schizophrenic subject, a company with cultural traditional values of solidarity, brotherhood and compassion.

## ملخص

الأطروحة عبارة عن دراسة عرضية خلال فترة ممتدة لتسعة أشهر، شملت 60 مريضا مصاب بانفصام الشخصية ، منهم 30 مريض قاطن بتولوز ، و30 آخرين قاطنين بفاس ، غالب المرضى تم استشفاءهم بالمستشفى الجامعي الحسن الثاني ، في حين 11 مريض تمت مراقبتهم خارج المستشفى كل مريض تم فحصه و استجوابه وفق بيانات سوسيو ديموغرافية متطابقة ، شملت معارف على المرض ، العلاج ، طرق إعادة الإدماج ، خلال نفس الإستجواب تمت إنتقاء أعراض المرض وفق مقياس موحد ( المقياس الموحد للتقييم النفسب ) من تم تمت معالجة المعطيات بهدف مقارنة المجموعتين .

تم تقييم و مناقشة النتائج و مقارنتها بالدراسات السابقة بهدف تحديد تأثير المعايير الإجتماعية و الإقتصادية و الثقافية على رعاية و علاج انفصام الشخصية استنتجنا يسלט الضوء على اهتمام كبير في مرض مثل الشيزوفرينيا، وتوفير الرعاية لمرضى انفصام الشخصية يشمل أجهزة مساعدة اجتماعية واقتصادية .فإنه لا ينبغي أن إهمال الأثر الإيجابي الذي يمكن أن يكون على موضوع الفصام، وهي ترسيخ مع القيم الثقافية التقليدية من التضامن والإخاء والتراحم.



- Somatiques
  - Familiaux
- Psychiatriques
- Somatiques

3. Nombre de consultation dans les 12 derniers mois

4. Conduite addictive

- Tabac                      Paquet année
- Cannabis      Nombre de joint par jour
- Héroïne      Gramme
- Autre

5. Diagnostic donné à la maladie par le patient

### III. PRISE EN CHARGE

#### A. Parcours de soin

- Généraliste
- Urgences
- Psychiatre
- CMP
- Libéraux
- Autre

B. Consultation d'une médecine parallèle (guérisseur, magnétiseur, chef religieux, voyants)

#### C. Thérapeutique

1. Nature du traitement actuel
2. Observance au traitement

#### D. Psychologique

1. Psychothérapie

a. En hospitalisation (nombre et durée par semaine)

b. En ambulatoire (nombre et durée par mois)

2. Accès à une prise en charge médiatisée au cours de l'Hospitalisation

#### IV. MESURES DE REHABILITATION

##### 1. Logements

- Appartement autonome
- En famille
- Appartement thérapeutique
- Foyer (centre)

##### 2. Ressources financières

- Allocation pour adultes handicapés
- Emplois
  - Ordinaire
  - Lieu de travail pour handicapé

##### 3. Mesures de protection des biens

- Curatelle
- Tutelle

**INSTRUCTIONS Cotez les item 1 à 12 sur la base de ce**

**que rapporte le patient.**

**1. PREOCCUPATION SOMATIQUE : intensité des préoccupations au sujet de l'état de santé physique actuel. Évaluez à quel degré la santé physique est perçue comme problématique par le patient, quel que soit le bien-fondé des plaintes. Les délires somatiques doivent être évalués comme sévère que ce soit avec ou sans préoccupation somatique. Avez-vous été soucieux de votre santé physique? Avez-vous eu une maladie physique ou vu un médecin?**

2-3 Léger : Plainte occasionnelle ou expression d'inquiétude.

4-5 Modéré : Fréquentes expressions d'inquiétude ou exagérations des maux existants. L'esprit est occupé une partie du temps par l'inquiétude. Pas délirant.

6-7 Sévère : Préoccupations et plaintes concernant la santé physique OU délires somatiques.

**2. ANXIÉTÉ : Appréhension, tension, peur, panique ou souci. N'évaluez que ce que le patient rapporte de ses expériences subjectives. L'anxiété que vous pouvez observer au travers du comportement du patient est estimée sous la rubrique TENSION.**

Vous êtes-vous senti soucieux ou anxieux? Des pensées déplaisantes tournent-elles constamment dans votre esprit? Votre cœur battait-il vite ? (ou présence de sueur, tremblements, suffocation?) Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/votre travail?

2 Très léger : Rapporte un certain inconfort dû au souci OU s'est senti plus soucieux que d'habitude.

3 Léger : Fréquemment soucieux mais peut porter son attention sur autre

chose.

4 Modéré : La plupart du temps soucieux et ne peut pas porter son attention sur autre chose aisément, mais pas d'altération du fonctionnement OU épisodes occasionnels d'anxiété accompagnés de troubles neurovégétatifs mais sans altération du fonctionnement.

5 Modérément sévère : Périodes fréquentes d'anxiété avec troubles neurovégétatifs OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

6 Sévère : Anxiété avec troubles neurovégétatifs la plupart du temps OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

7 Extrêmement sévère : Constamment anxieux avec des troubles neurovégétatifs OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par l'anxiété ou une inquiétude permanente.

**3. DEPRESSION : Humeurs incluses : tristesse, malheur, anhédonie, et préoccupations par des sujets déprimants (ne peut regarder la TV ou prendre part à une conversation), désespoir, perte d'auto-estime (insatisfait ou dégoûté par soi même). N'inclut pas les symptômes végétatifs, ex. ralentissement moteur, réveil précoce.**

Vous êtes-vous senti malheureux (triste, déprimé)? Quelle partie du temps? Etes-vous capable de porter votre attention sur des sujets plus plaisants lorsque vous le voulez? Vos intérêts dans le travail, un passe-temps, des activités sociales ou récréatives ont-ils changé? Cela a-t-il interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

2 Très léger : Signale s'être senti triste, malheureux ou déprimé.

3 Léger : Comme en 2, mais ne peut en sortir facilement.

4 Modéré : Périodes fréquentes de sentiments de tristesse, de malheur, dépression modérée, mais capable d'agir au prix d'un effort supplémentaire.

5 Modérément sévère : Périodes fréquentes de dépression profonde OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

6 Sévère : Profondément déprimé la plupart du temps OU plusieurs domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

7 Extrêmement sévère : Profondément déprimé de façon constante OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par la dépression.

**4. TENDANCES SUICIDAIRES : Désir, intention ou action exprimés de se blesser ou mettre fin à ses jours.**

Vous est-il arrivé de sentir que la vie ne valait pas la peine d'être vécue? Avez-vous déjà pensé à vous blesser ou à vous suicider? Avez-vous élaboré un plan?

1 Très léger : Sentiments occasionnels d'être fatigué de la vie. Pas de pensées suicidaires déclarées.

2 Léger : Pensées suicidaires occasionnelles sans intention ou plan spécifique, OU pense qu'il vaudrait mieux être mort.

3 Modéré : Pensées suicidaires fréquentes sans intention ou plan spécifique.

4 Modérément sévère : Plusieurs fantasmes de suicide par des méthodes différentes. Peut considérer sérieusement une tentative de suicide avec un plan et un horaire spécifiques, OU tentative de suicide impulsive en utilisant une méthode non-létale ou sous les yeux d'un sauveteur potentiel.

5 Sévère : Veut clairement se suicider. Recherche des moments et moyens appropriés, OU tentative de suicide potentiellement sérieuse, en sachant qu'un sauvetage est possible.

6 Extrêmement sévère : Plan et intentions suicidaires spécifiques (par ex. "Dès que ... je le ferai par ... moyen"), OU tentative de suicide caractérisée par un plan que le patient croyait létal ou tentative de suicide dans un endroit retiré.

**5. SENTIMENT DE CULPABILITE : Soucis exagérés ou remords à propos d'une conduite passée. Faire l'estimation d'après les expériences subjectives de culpabilité. Ne pas déduire les sentiments de culpabilité d'une symptomatologie dépressive, anxieuse ou des défenses névrotiques.**

Est-ce que vous pensez à des problèmes passés? Avez-vous tendance à vous blâmer pour des événements passés? Avez-vous fait quelque chose dont vous vous sentez encore honteux?

2-3 Léger : Se reproche d'avoir négligé quelque chose ou quelqu'un. Désirs d'avoir fait les choses différemment.

4-5 Modéré : Préoccupations d'avoir fait quelque chose de faux ou d'avoir blessé quelqu'un en faisant ou en omettant d'avoir fait quelque chose.

6-7 Sévère : Culpabilité délirante OU reproches visiblement déraisonnables.

**6. HOSTILITE : Animosité, mépris, belligérance, menaces, controverses, crises de rage, destruction de la propriété, bagarres et autres expressions d'attitudes ou d'actions hostiles. N'inférez pas l'hostilité des défenses névrotiques, anxiété ou plaintes d'origine somatique. N'inclut pas les incidents évidents de légitime défense.**

Comment vous êtes-vous entendu avec les gens (famille, autres résidents du foyer, collègues de travail)? Avez-vous été irritable ou hargneux dernièrement? Avez-vous été impliqué dans des bagarres ou disputes?

2 Très léger : Irritable, hargneux

3 Léger : Prêt à la dispute, sarcastique

4 Modéré : Ouvertement en colère à plusieurs reprises OU s'est fâché contre des gens

5 Modérément sévère : A menacé, claqué les portes ou lancé des objets

6 Sévère : A attaqué quelqu'un sans lui faire de mal, p.ex. l'a poussé ou giflé, OU a détruit la propriété, par ex. s'est attaqué au matériel, a cassé des fenêtres.

7 Extrêmement sévère : A attaqué d'autres personnes avec occasion de blessures ou blessure réelle, par ex. attaque avec un marteau ou une arme.

**7. HUMEUR ELEVEE : Sentiment envahissant, continu et exagéré de bien-être, d'entrain, d'euphorie (impliquant une humeur pathologique), optimisme sans lien avec les circonstances. N'inférez pas l'exultation seulement à partir d'une augmentation d'activité ou suite à des propos grandioses.**

Vous êtes-vous senti joyeux ou avez-vous éprouvé le sentiment d'"être aux anges" sans raison? Combien de temps cela a-t-il duré? Vous êtes-vous senti si bien/haut que d'autres personnes vous ont fait des commentaires à ce propos?

2 Très léger : Semble être heureux, joyeux sans raison

3 Léger : Quelques sentiments inexplicables de bien-être

4 Modéré : Rapporte quelques épisodes de sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, joie, confiance ou optimisme sans lien avec les circonstances. Peut fréquemment plaisanter, sourire, manquer de sérieux ou être trop enthousiaste OU quelques occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.

5 Modérément sévère : Dit qu'il éprouve la plus part du temps des sentiments excessifs ou irréalistes de bien-être, confiance ou optimisme sans lien avec

les circonstances. Peut décrire des sentiments "d'être aux anges", "comme si tout était pour le mieux" ou "mieux que jamais", OU plusieurs occasions d'une humeur élevée marquée, accompagnée d'euphorie.

6 Sévère : Humeur nettement élevée de manière quasiment constante pendant l'interview et inappropriée au contenu, OU plusieurs occasions d'humeur élevée marquée accompagnée d'euphorie.

7 Extrêmement sévère : Semble presque intoxiqué, rit, plaisante, pouffe de rire, euphorie constante et sentiment d'invulnérabilité, sans aucun lien avec les circonstances immédiates.

**8. MEGALOMANIE : Surestimation de soi-même, conviction d'avoir des capacités ou pouvoirs spéciaux ou identification à quelqu'un de riche ou de célèbre. N'évaluer que les dires du patient le concernant, pas son comportement.**

Avez-vous un but ou une mission dans votre vie? Avez-vous des pouvoirs ou capacités spéciales? Avez-vous pensé que vous pourriez être quelqu'un de riche ou de célèbre?

2 Très léger : Se sent très bien et nie tout problème évident.

3 Léger : Opinion de soi-même exagérée, au-delà des capacités et de la formation.

4 Modéré : Vantardise inappropriée, se déclare "brillant", comprend tout.

5 Modérément sévère Se dit un grand musicien qui va bientôt enregistrer ou qui va déposer une invention sous brevet – mais pas délirante.

6 Sévère : Délirante – Dit avoir des pouvoirs spéciaux comme des perceptions extrasensorielles, avoir des millions de francs, tourné des films, inventé de nouvelles machines, travaillé à un poste alors qu'on sait qu'il n'a jamais été employé à ce titre.

7 Extrêmement sévère : Délirante – Dit avoir été élu par Dieu pour gouverner le monde, contrôler le futur, être Jésus-Christ ou le Président d'un pays.

**9. SUSPICION : Méfiance exprimée ou apparente qu'autrui agi malicieusement ou avec une intention discriminatoire. Inclut la persécution par une force surnaturelle ou autre force non-humaine (par. ex. le diable).**

Vous sentez-vous parfois mal à l'aise en public? Comme si les gens vous regardaient? Quelqu'un essaie-t-il de vous faire du mal ou de vous bloquer d'une certaine façon? Vous souciez-vous des intentions de quelqu'un envers vous? Avez-vous ressenti que quelqu'un est là pour vous nuire?

2-3 Léger : Semble sur ses gardes. Ne répond pas aux questions personnelles.

Décrit des incidents qui semblent plausibles ou d'autres personnes l'ont blessé ou ont voulu le faire. Le patient a le sentiment que les autres se moquent de lui ou le critique en public.

4-5 Modéré : Dit que d'autres personnes parlent de lui malicieusement OU que des gens essaient de lui faire du mal. Au delà de la vraisemblance, mais pas délirant.

6-7 Sévère : Délirant. Parle de complots de la mafia ou des services secrets, ou prétend qu'on empoisonne sa nourriture.

**10. HALLUCINATIONS : Perception sans objet. Pour la cotation du degré auquel le fonctionnement est perturbé par les hallucinations, ne pas tenir compte des préoccupations concernant le contenu des hallucinations. Considérer seulement les perturbations provoquées par l'expérience hallucinatoire. Inclure dans ces symptômes l'émission de la pensée "gedankenlautwerden".**

Avez-vous entendu des sons, des gens qui vous parlent ou parlent de vous quand il n'y a personne alentour? Avez-vous eu des visions ou senti des odeurs que d'autres n'ont pas paru voir ou sentir? Ces expériences ont-elles interféré avec votre capacité d'accomplir vos activités/travail habituels?

2 Très léger : Pendant le repos ou l'endormissement, a des visions, entend des voix, des sons ou des chuchotements en l'absence de stimuli externes, mais pas d'altération du fonctionnement.

3 Léger : Dans un état d'éveil complet, entend des hallucinations auditives non-verbales (par ex. bruits ou chuchotements) ou visuelles (par ex. voit des visages dans l'ombre), à deux occasions au maximum et sans altération du fonctionnement.

4 Modéré : Hallucinations verbales, visuelles, olfactives, tactiles ou gustatives occasionnelles (1 à 3 fois) sans altération du fonctionnement OU hallucinations auditives non verbales ou illusions visuelles de n'importe quelle fréquence ou degrés d'altération.

5 Modérément sévère : Surviennent quotidiennement OU quelques domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

6 Sévère : Plusieurs fois par jour OU beaucoup de domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

7 Extrêmement sévère : Persistent pendant toute la journée OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les hallucinations.

**11. PENSEES INHABITUELLES : Idées insolites, singulières, étranges ou bizarres. Evaluer le degré d'étrangeté, pas le degré de désorganisation du langage. Les idées délirantes illogiques ou des idées manifestement absurdes ou impossibles sont clairement exprimées. Inclut les pensées imposées, le vol de la pensée et l'émission de la pensée. Inclut les idées délirantes de grandeur, somatiques et de persécution même si elles ont été cotées sous d'autres rubriques.**

Est-ce que les choses ou les événements ont une signification particulière pour vous? Avez-vous vu des références à vous-même à la TV ou dans les journaux? Avez-vous une relation particulière avec Dieu? Sentez-vous que quelqu'un insère des pensées qui ne sont pas les vôtres dans votre tête? Comment expliquez-vous les choses qui se sont produites (spécifier)? Avez-vous eu l'impression d'être sous le contrôle d'une force ou d'une personne?

2 Très léger : Idées de référence (des gens l'observent ou rient de lui). Idées de persécution (des gens le maltraitent). Croyances inhabituelles a propos des pouvoirs psychiques, des esprits, d'OVNI; La conviction n'est pas ferme, il subsiste des doutes.

3 Léger : Comme en 2, mais avec conviction ferme mais pas délirante.

4 Modéré : Idées délirantes présentent mais avec conviction faible, Fonctionnement pas perturbé OU idées délirantes encapsulées avec conviction ferme, fonctionnement non perturbé.

5 Modérément sévère : Présence d'idées délirantes avec quelques préoccupations OU quelques domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.

6 Sévère : Présence d'idées délirantes avec beaucoup de préoccupations OU plusieurs domaines de fonctionnement perturbés par les pensées délirantes.

7 Extrêmement sévère : Présence d'idées délirantes constituant l'essentiel des préoccupations OU la plupart des domaines de fonctionnement sont perturbés par les pensées délirantes.

**12. COMPORTEMENT BIZARRE : Rapporte des comportements singuliers, inusuels, ou des délits bizarres. Pas limité à la période d'interview. Inclut les affects inappropriés. Exclut les maniérismes et postures, les verbalisations bizarres.**

Avez-vous fait quoique ce soit qui a attiré l'attention des autres? Avez-vous fait quoique ce soit qui aurait pu vous causer des ennuis avec la police? Avez-vous fait quoique ce soit qui a semblé inhabituel ou dérangeant pour les autres?

2 Très léger Comportement légèrement singulier, par ex. accumulation de nourriture en privé, porte des gants à la maison.

3 Léger Comportement particulier, par ex. parler fort en public, ne regarde pas dans les yeux lorsqu'il parle à quelqu'un

4 Modéré Modérément inhabituel, par ex. habillement bizarre ou maquillage "aguichant" pour les inconnus, regard fixe, dans le vague, quand il est en société, fait la collection d'ordures.

5 Modérément sévère Très inhabituel, par ex. marche sans but précis dans la rue, mange des choses non-comestibles, regarde fixement d'une manière déroutante en société.

6 Sévère Petits délits inhabituels, par ex règle le trafic, se montre nu en public, contacte les autorités pour des crimes imaginaires.

7 Extrêmement sévère Délits sérieux inusuels, par ex. bouter le feu, vol "asocial", séquestration commise d'une façon bizarre ou pour des raisons bizarres.

**13. NEGLIGENCE PERSONNELLE : Hygiène, apparence, ou comportement nutritif en-dessous des attentes sociales, en-dessous des standards acceptables par la société, ou menaçant sa propre existence.**

A quelle fréquence prenez-vous des douches ? Changez-vous d'habits ? Quelqu'un s'est-il plaint de votre hygiène ou de votre habillement (patients / équipe) ? Prenez-vous des repas réguliers ?

2 Très léger Hygiène : apparence quelque peu sous les standards usuels, par ex. chemise en dehors du pantalon, les boutons déboutonnés

3 Léger Hygiène : apparence très en-dessous des standards usuels, par ex. habits débraillés et tachés, cheveux ébouriffés.

4 Modéré Hygiène : apparence en-dessous des standards acceptables socialement, par ex. trous dans les habits, mauvaise haleine, cheveux ébouriffés, gras, nourriture malsaine et irrégulière.

5 Modérément sévère : Hygiène nettement irrégulière et insuffisante, par ex. forte odeur corporelle. Nourriture très irrégulière et malsaine, par ex. ne manger que des chips.

6 Sévère : Hygiène et nourriture menacent potentiellement la santé, par ex. ne mange et ne se lave que lorsqu'on l'y incite.

7 Extrêmement sévère : Hygiène et nourriture menacent la santé, par ex. ne mange pas ou ne se lave pas.

**14. DESORIENTATION : Ne comprend pas de situations ou de communications. Confusion par rapport aux personnes, lieux ou temps.**

Puis-je vous poser quelques questions standard que nous demandons à tout le monde ? Quel âge avez-vous? Quel jour sommes-nous? Comment s'appelle cet endroit? En quelle année êtes-vous né?

2-3 Léger : Semble occasionnellement perplexe, ennuyé ou légèrement confus.

4-5 Modéré : Semble confus au sujet de personnes, endroits, temps. A de la difficulté à se souvenir de faits, par ex. où il est né ou reconnaître des gens.

6-7 Sévère : Extrêmement désorienté quant aux personnes, endroits, ou temps.

**POINTS D'EVALUATION 15-24 SUR LA BASE DU COMPORTEMENT ET DU LANGAGE OBSERVES**

**15. DESORGANISATION CONCEPTUELLE : Degré auquel le langage est confus, déconnecté, vague ou désorganisé. Evaluer la tangentialité, la circonstancialité, les coq-à-l'âne, l'incohérence, les barrages, les déraillements, les néologismes et autres troubles du langage. Ne pas évaluer le contenu du discours.**

2 Très léger : Usage de mots particuliers, langage décousu mais compréhensible.

3 Léger : Discours un peu difficile à comprendre, donner un sens à cause de la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne.

4 Modéré : Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne survenant à plusieurs reprises OU 1-2 occasions de perturbation importante, par ex. incohérence, déraillement,

néologismes, blocage.

5 Modérément sévère : Discours difficile à comprendre à cause la tangentialité, la circonstancialité et les coq-à-l'âne la plupart du temps OU occasions de perturbations importantes.

6 Sévère : Discours incompréhensible la plupart du temps en raison de perturbations importantes.

7 Extrêmement sévère : Discours incompréhensible tout au long de l'entretien.

**16. AFFECT EMOUSSE : Eventail limité de l'expression émotionnelle du visage, de la voix et des gestes. Indifférence marquée ou monotonie même lors de discussions sur des sujets pénibles. Dans le cas de patients euphoriques ou dysphoriques, évaluer l'émoussement de l'affect si la monotonie est également clairement présente.**

2-3 Léger : Perte des réponses émotionnelles normales

4 Modéré : Expression des émotions très diminuée, par ex. ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles, excepté à 2 ou 3 occasions pendant l'interview.

5 Modérément sévère : Expression émotionnelle extrêmement diminuée par ex., ne rit pas, sourit ou réagit avec émotion à des sujets pénibles excepté un maximum de une fois pendant l'interview.

6 Sévère : Langage, gestes et expression mécaniques.

8 Extrêmement sévère : Expression glacée et langage monocorde. Ne montre aucune émotion.

**17. RETRAIT EMOTIONNEL : Manque de contact avec l'interlocuteur durant l'entretien. Utiliser vos propres sentiments quant à la présence d'une "barrière invisible" entre le patient et l'enquêteur. Inclut le retrait apparent dû aux processus psychotiques.**

2-3 Léger : Tend à ne pas montrer une implication émotionnelle avec l'enquêteur, mais réagit lorsqu'on l'approche.

4-5 Modéré : Contact émotionnel absent pendant la plupart du temps que dure l'interview. Réagit avec un affect minimum seulement.

6-7 Sévère : Evite une participation émotionnelle activement. Ne répond pas aux questions ou seulement par OUI ou NON. Peut partir lorsqu'on lui parle ou ne pas répondre du tout.

**18. RALENTISSEMENT MOTEUR : Réduction du niveau d'énergie prouvé par des mouvements et un langage ralenti, tension corporelle réduite, nombre de mouvements spontanés du corps diminués. Cotez seulement sur la base du comportement du patient observé. Ne pas évaluer sur la base des impressions subjectives du patient sur son propre niveau d'énergie. Evaluer sans tenir compte des effets médicamenteux.**

2-3 Léger : Mouvements ou langage notablement ralenti ou réduits, comparé à la plupart des gens.

4 Modéré : Importante lenteur ou réduction dans les mouvements ou le langage.

5 Modérément sévère : Bouge ou parle spontanément rarement OU mouvements raides très mécaniques.

6 Sévère : Ne bouge ou ne parle que si on l'y exhorte.

7 Extrêmement sévère : Gelé, catatonique.

**19. TENSION : Manifestations de tension physique et motrice observables, nervosité et agitation. Les expériences de tension rapportées par le patient doivent être évaluées sous l'article concernant l'anxiété.**

2-3 Léger : Semble tendu. Posture tendue, parfois tics nerveux.

4-5 Modéré : Semble anxieux. Expression craintive, tremblements, agitation.

6-7 Sévère : Continuellement agité, ne peut rester sur place, se tord les mains.

**20. ABSENCE DE COOPERATION : Résistance, froideur, ressentiment ou manque de volonté à coopérer durant l'entretien. N'évaluer que le comportement non coopératif observé pendant l'interview, pas l'absence de coopération avec les proches.**

2-3 Léger : Rouspète ou essaie d'éviter de se plier à l'entretien mais s'engage sans objecter.

4-5 Modéré : Résiste verbalement, ou négatif, mais se plie néanmoins. Omet quelques informations.

6-7 Sévère : Refuse de coopérer. Résiste physiquement.

**21. EXCITATION : Elévation du tonus émotionnel, réactivité augmentée, impulsivité.**

2-3 Léger : Emotivité augmentée. Semble surexcité, en état d'alerte.

4-5 Modéré Réagit à la plupart des stimuli pertinents ou pas d'une intensité considérable. Temps d'attention court. Langage sous pression.

6-7 Sévère Réaction exagérée marquée à tous stimuli d'intensité inappropriée, excitation, impulsivité. Ne peut se fixer ou s'atteler à une tâche.

**22. DISTRACTIBILITE : Degré auquel les séquences de langage et d'action observées sont interrompues par des stimuli externes minimum. Inclut la distractibilité due aux intrusions d'hallucinations visuelles ou auditives. L'attention de la personne interviewée peut être attirée par du bruit dans la pièce voisine, des livres sur l'étagère, les habits de l'interviewer, etc. N'inclut pas la préoccupation subséquente à des délires ou autres pensées.**

2 Très léger : Peut se concentrer sur les questions en général, juste 1 distraction ou un glissement d'attention inapproprié et de brève durée, dû à un stimuli minimum externe.

3 Léger : Même chose qu'en 2 mais survient à 2 reprises.

4 Modéré : Répond à des stimuli hors de propos dans la pièce ou l'environnement la plupart du temps.

5 Modérément sévère : Même chose qu'en 4, mais interfère maintenant avec la compréhension du langage.

6 Sévère : Extrêmement difficile de conduire l'interview ou de rester sur un sujet pour cause de rupture de l'attention due à des stimuli peu importants et hors de propos, ou langage presque totalement incompréhensible parce que l'attention se détourne rapidement entre les questions posées et des stimuli non pertinents externes variés.

7 Extrêmement sévère : Impossible de conduire l'interview car les stimuli externes, hors de propos et peu importants, préoccupent la personne prioritairement.

**23. HYPERACTIVITE MOTRICE : Augmentation du niveau d'énergie, observable par des mouvements plus fréquents et/ou un langage plus rapide.**

- 2 Très léger : Présente de l'impatience, de la difficulté à rester assis tranquillement, expressions faciales animées, ou quelque peu volubile.
- 3 Léger Occasionnellement très impatient, augmentation de l'activité motrice évidente, gestes animés, 1-3 brèves occasions de logorrhée.
- 4 Modéré : Très impatient, remuant, expressions faciales excessives ou mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Logorrhéique jusqu'à 1/3 de l'interview.
- 5 Modérément sévère : Fréquemment impatient, agité, remuant. Plusieurs occasions de mouvements moteurs répétitifs et non-productifs. Bouge presque tout le temps. Fréquemment logorrhéique, difficile à interrompre. Se lève pour faire quelques pas à 1-2 occasions.
- 6 Sévère : Activité motrice excessive, agitation, remuant, tapotements bruyants, etc. pendant presque tout l'interview. Le langage n'est interrompu qu'au prix d'un grand effort. Se lève pour faire quelques pas à 3-4 occasions.
- 7 Extrêmement sévère : Activité motrice excessive constante pendant tout l'interview, par ex. se lève constamment, constamment logorrhéique sans pauses, l'interview ne peut être interrompu que brièvement et seuls des petits bouts d'information peuvent être obtenus.

**24. MANIERISMES ET ATTITUDES : Comportement moteur inhabituel et bizarre, mouvements ou actions stylisés, ou n'importe quelle posture adoptée qui soit clairement inconfortable ou inappropriée. Exclut les manifestations évidentes des effets secondaires dus à la médication.**

2-3 Léger : Manières ou activité excentriques ou singulières, que les personnes ordinaires auraient de la difficulté à expliquer, par ex. faire des grimaces, etc...

4-5 Modéré : Manières ou attitudes maintenues pendant 5 secondes ou plus, qui feraient considérer ce patient dans une foule, comme bizarre ou fou.

6-7 Sévère : Poser, se barbouiller, balancements intenses, positionnement fœtal, rituels étranges qui dominent l'attention et le comportement du patient.

## Liste des Tableaux

**Tableau 1** : Répartition des patients selon le statut marital

**Tableau 2**: Répartition des patients selon le niveau socio-économique

**Tableau 3** : Répartition des patients selon le niveau de scolarisation

**Tableau 4**: Répartition des patients selon le type d'addiction

**Tableau 5** : Répartition des patients selon résultats des facteurs de la BPRS

**Tableau 6**: Répartition des patients selon la prise en charge ou non par un psychiatre public.

**Tableau 7** : Répartition des patients selon les types d'antipsychotiques utilisés

**Tableau 8** : Répartition des patients selon les classes d'antipsychotiques classiques utilisées

**Tableau 9** : Répartition des patients selon les deux combinaisons les plus fréquentes d'antipsychotiques classiques

**Tableau 10** : Répartition des patients selon les classes d'antipsychotiques atypiques prescrits

**Tableau 11** : Répartition des patients selon le type d'antipsychotique LP en IM

**Tableau 12** : Répartition des patients selon les classes d'anxiolytiques prescrits

**Tableau 13** : Répartition des patients selon le mode recours aux anxiolytiques

**Tableau 14** : Répartition des patients selon les traitements antidépresseur ou thymorégulateur

**Tableau 15** : Répartition des patients prenant un autre traitement

**Tableau 16** : Répartition des patients selon le soutien familial

**Tableau 17** : Répartition des patients selon le type de logement

**Tableau 18 :** Répartition des patients selon la présence ou non de mesures de protection des biens

**Tableau 19 :** Résultats de l'analyse univariée pour les paramètres avec des différences statistiquement significatives

**Tableau 20 :** Résultats de l'analyse univariée pour les résultats sans différence statistiquement significative

**Tableau 21 :** Résultats de l'analyse multivariée

## Liste des Graphiques

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

**Graphique 2:** Répartition des patients selon le statut marital

**Graphique 3 :** Répartition des patients selon le niveau socio-économique

**Graphique 4 :** Répartition des patients selon le niveau de scolarisation

**Graphique 5 :** Répartition des patients selon les antécédents

**Graphique 6 :** Répartition des patients selon leur Insight

**Graphique 7 :** Répartition des patients selon la fréquence de consultation chez un médecin généraliste

**Graphique 8 :** Répartition des patients selon la fréquence de consultation aux urgences

**Graphique 9 :** Répartition des patients selon l'observance des consultations chez le psychiatre public.

**Graphique 10:** Répartition des patients selon le type de psychiatre qui les suit

**Graphique 11 :** Répartition des patients selon les consultations de médecine parallèle

**Graphique 12 :** Répartition des patients prenant des antipsychotiques en LP

**Graphique 13 :** Répartition des patients selon la présence ou non d'un traitement des dyskinésies

**Graphique 14 :** Répartition des patients suivant une psychothérapie

**Graphique 15:** Répartition des patients bénéficiant d'une ergothérapie

**Graphique 16 :** Répartition des patients selon la présence ou non d'allocation

**Graphique 17 :** Répartition des patients selon la présence ou non d'un emploi

**Graphique 18 :** Evolution de la schizophrénie dans les pays développés (PD) et pays en voie de développement (PVD) (90)

# REFERENCES

1. Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler. A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. *Eur Neuropsychopharmacol*. 2005; 15(4):399–409.s
2. Jablensky A. Epidemiology of schizophrenia, an European perspective. *Schizophr Bull* 1986 ; 12 : 52–73.
3. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jan; 28–33.
4. Aleman A, Kahn RS, Selten J–P. Sex differences in the risk of schizophrenia: evidence from meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry*. 2003 Jun;565–71.
5. McGrath J, Saha S, Welham J, El Saadi O, MacCauley C, Chant D. A systematic review of the incidence of schizophrenia: the distribution of rates and the influence of sex, urbanicity, migrant status and methodology. 2004 Apr 28;
6. Hautecouverture S, Limosin F et Rouillon F. Epidémiologie des troubles schizophréniques. *Presse Med*.2006 ; 35 : 461 – 468.
7. Halouani A, Maalej M, Jarraya A. Schizophrénie et hérédité : Etude de consanguinité à partir de 40 cas de schizophrénie familiale, *Annales de Psychiatrie*, 2001; 16 : 117–133.
8. Pacheco A, Barguil M, Contreras J, Montero P, Dassori A, Escamilla MA, et al. Social and clinical comparison between schizophrenia and bipolar disorder type I with psychosis in Costa Rica. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2010 Jun; 675–80.
9. Agerbo E, Byrne M, Eaton WW, Mortensen PB. Marital and labor market status in the long run in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 2004 Jan;28–33
10. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “Just the Facts”: what we know in 2008 part 1: overview. *Schizophrenia Res* 2008;100(1–3):4–19.

11. Tandon R, Keshavan MS, Nasrallah HA. Schizophrenia, “just the facts” what we know in 2008. 2. Epidemiology and etiology. *Schizophr Res* 2008;102(1–3):1–18.
12. Boydell J, Van Os J, McKenzie K, Murray RM. The association of inequality with the incidence of schizophrenia – an ecological study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2004;39(8):597–9.
13. Mortensen P, Agerbo E, Eriksson T, Westergaard-Nielsen N. Parental education and socioeconomic variables as predictors of schizophrenia in their offspring. Abstract presented at the 10th biennial winter workshop on schizophrenia. *Schizophr Res* 2000;41:73.
14. Corcoran C, Perrin M, Harlap S, et al. Effect of socioeconomic status and parents’ education at birth on risk of schizophrenia in offspring. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2009;44(4):265–71.
15. Programme des Nations Unies pour le Développement rapport national. Maroc, 2009.
16. Belghazi. D, Moussaoui D, Kadir N. Spécificités épidémiologiques, cliniques et culturelles des patients hospitalisés au centre psychiatrique universitaire Ibn-Rochd de Casablanca, *Annales Médico psychologiques, revue psychiatrique*, Volume 174, Issue 2, Pages 100–104
17. Bailly D, Viellard M, Duverger H et coll. Un diagnostic méconnu : la schizophrénie de l’enfant. *Annales Médico Psychologiques* 2003 ; 161 :652–659.
18. Rivollier F, Lotersztajn L, Chaumette B, Krebs M, Kebir O. Epigenetics of schizophrenia: A review: *L’Encéphale* (2014) 40, 380—386
19. Higgins J. Effects of child rearing by schizophrenic mothers: a follow-up. *J Psychiatr Res* 1976;13(1):1—9

20. Gottesman I, Shields J. Schizophrenia, the epigenetic puzzle. New York: Cambridge University Press; 1982.[8] Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a complex trait: evidence from a meta-analysis of twin studies. *Arch Gen Psychiatry* 2003;60(12):1187—92
21. Kringlen E, Cramer G. Offspring of monozygotic twins discordant for schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1989;46(10):873—7
22. Van Os J, Kenis G, Rutten BPF. The environment and schizophrenia. *Nature* 2010;468(7321):203—12
23. Ballon JS, Dean KA, Cadenhead KS. Obstetrical complications in people at risk for developing schizophrenia. *Schizophr Res.* janv 2008;98(1-3):307-11.
24. Castle D, Wessely S, Der G, Murray RM. *The incidence of operationally defined schizophrenia in Camberwell, 1965-84*, *The British Journal of Psychiatry* 1991
25. Van Dijk D, Koeter MWJ, Hijman R, Kahn RS, Van den Brink W. Effect of cannabis use on the course of schizophrenia in male patients: a prospective cohort study. *Schizophr Res.* 2012 May;50-7.
26. Swartz MS, Wagner HR, Swanson JW, Stroup TS, McEvoy JP, Reimherr F, et al. The effectiveness of antipsychotic medications in patients who use or avoid illicit substances: results from the CATIE study. *Schizophr Res.* 2008 Mar;(1-3):39-52.
27. Koskinen J, Löhönen J, Koponen H, Isohanni M, Miettunen J. Rate of cannabis use disorders in clinical samples of patients with schizophrenia: a meta-analysis. *Schizophr Bull.* 2010 Nov;1115-30.
28. Lejoyeux M, Basquin A, Koch M, Embouazza H, Chalvin F, Ilongo M. Cannabis Use and Dependence among French Schizophrenic Inpatients. *Front Psychiatry.* 2014;82.

29. Kuepper R, Morrison PD, Van Os J, Murray RM, Kenis G, Henquet C. Does dopamine mediate the psychosis-inducing effects of cannabis? A review and integration of findings across disciplines. *Schizophr Res.* 2010 Aug;107-17.
30. Jaafari N, Marková I.S. Le concept de l'insight en psychiatrie. *Annales Médico-Psychologiques* 2011;169:409-15.
31. Amador X.F, David A.S. *Insight and Psychosis.* New York: Oxford University Press 1998.
32. Amador XF, Flaum M, Andreasen NC, et al. Awareness of illness in schizophrenia and schizoaffective and mood disorders. *Arch Gen Psychiatry* 1994;51:826-36.
33. Beck AT, Baruch E, Balter JM, et al. A new instrument for measuring insight: the beck cognitive insight scale. *Schizophr Res* 2004;68:319-29.
34. David AS. Insight and psychosis. *Br J Psychiatry* 1990;156: 798-808.
35. Pini S, de Queiroz V, Dell'Osso L, et al. Cross-sectional similarities and differences between schizophrenia, schizoaffective disorder and mania or mixed mania with mood-incongruent psychotic features. *Eur Psychiatry* 2004;19: 8-14.
36. Konstantakopoulos G, Ploumpidis D, Oulis P, Soumani A et al. Is insight in schizophrenia multidimensional? Internal structure and associations of the Greek version of the Schedule for the Assessment of Insight-Expanded. *Psychiatry Res* 2013.
37. Schmitt A, Lefebvre N, Chéreau L, Llorca P-M. Insight et observance dans la schizophrénie. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique.* mars 2006. Vol. 164, n°2, p. 154-158.

38. Coldefy M, Nestrigue C. L'hospitalisation au long cours en psychiatrie : analyse et déterminants de la variabilité territoriale. *Irdes, Questions d'économie de la santé* 2014. n°202, octobre.
39. Capdevielle D, Ritchie K, Villebrun D, Boulenger J-P. Schizophrenic patients' length of stay: Clinical factors of variability and consequences: *L'Encéphale* (2009) 35, 90—96
40. Misdrahi D. L'observance thérapeutique: un objectif essentiel: *L'Encéphale*, 2006 ; 32 : 1076–9, cahier 3
41. Samele C, Patel M, Boydell J, Leese M, Wessely S, Murray R. Physical illness and lifestyle risk factors in people with their first presentation of psychosis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 2007 ;42 :117–24.
42. Taylor M, Chaudhry I, Cross M *et al.* Towards consensus in the long-term management of relapse prevention in schizophrenia. *Hum Psychopharmacol* 2005 ; 20 (3) : 175–81.
43. Bouchaib K. Les schizophrénies au Maroc p 72, Série Recherches, Publication du Ministère de la Culture, 2010.
44. Olié JP, Dalery J, Azorin JM. Médicaments antipsychotiques évolution ou révolution ? Paris : Eticom–Acanthe éd. ; 2001 : 745p
45. Sarfati Y, Olivier V, Bouhassira M. Utilisation des nouveaux antipsychotiques dans le traitement de la schizophrénie. Une enquête européenne. *L'Encéphale* 1999;XXV:658–66.
46. Stahl SM. Neuroleptiques et antipsychotiques. In : Stahl SM. *Psychopharmacologie essentielle*. Paris: Flammarion, 2002 ; 401–58.
47. Limosin F. Apport des antipsychotiques atypiques dans la prise en charge à long terme de la schizophrénie: *L'Encéphale*, 2006 ; 32 : 1065–71, cahier 3

48. Limosin F, Azorin JM, Krebs MO, Millet B, Glikman J, Camus V, Crocq MA, Costentin J, Daléry J. Données actuelles et modalités d'utilisation de l'aripiprazole dans le traitement de la schizophrénie ; *L'Encéphale* (2008) 34, 82—92
49. Braga RJ, Mendlowicz MV, Marrocos RP, et al. Anxiety disorders in outpatients with schizophrenia: prevalence and impact on the subjective quality of life. *J Psychiatric Res* 2005;39:409—14.
50. Huppert JD, Smith TE. Longitudinal analysis of subjective quality of life in schizophrenia: anxiety as the best symptom predictor. *J Nerv Ment Dis* 2001;189:669—75.
51. Huppert JD, Weiss KA, Lim R, et al. Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res* 2001;51:171—80.
52. Pallanti S, Quercioli L, Hollander E. Social anxiety in out patients with schizophrenia: a relevant cause of disability. *Am J Psychiatry* 2004;161:53—8.
53. Blanchard JJ, Muser KT, Bellack AS. Anhedonia, positive and negative affect and social functioning in schizophrenia. *Schizophr Bull* 1998;24:413—24.
54. APA. American Psychiatric Association. Practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia, 2nd edition. [www.apa.org](http://www.apa.org); 2004.
55. Gaillard R, Ouanas A, Spadone C, et al. Benzodiazépines et schizophrénie, revue de la littérature. *L'Encéphale* 2006;32:1003—10.
56. Acquaviva E, Gasquet I, Falissard B. Psychotropic combination in schizophrenia. *Eur J Clin Pharmacol* 2005;61(11):855—61.
57. De Nayer AM, Domken A.-M, Dubois V, Gillain B, Delatte B, Floris M, Mallet L et al. La comédication dans la schizophrénie. *Neurone* 2008;13(7).

58. Palomba A, Lodovighi M, Belzeaux R, Adida M, Azorin J-M. Utilisation des antidépresseurs dans le traitement des symptômes négatifs de la schizophrénie, *L'Encéphale* (2015) 41, 6S36-6S40;
59. Servais S, Anseau M, Mikolajczak G , Deseilles M. Electroconvulsivothérapie en 2008 *Rev Med Liege* 2008; 63 : 5-6 : 404-410
60. Kellner CH, Fink PG, Knapp R, et al. Relief of expressed suicidal intent by ECT : a consortium for research in ECT study. *Am J Psychiatry*, 2005, **162**, 977- 982.
61. Sim K, Chan YH, Chua TH, Mahendran R, Chong SA, McGorry P. Physical comorbidity, insight, quality of life and global functioning in first episode schizophrenia: a 24-month, longitudinal outcome study. *Schizophr Res* 2006.88 :82-9
62. Vancampfort D, Knapen J, Probst M et al. Considering a frame of reference for physical activity research related to the cardiometabolic risk profile in schizophrenia *Psychiatry Res* 2010 ;30 ;177 :271-9
63. Bresee LC, Majumdar SR, Patten SB, Johnson JA. Prevalence of cardiovascular risk factors and disease in people with schizophrenia: a population-based study.
64. Brown S. Excess mortality of schizophrenia. A meta-analysis. *Br J Psychiatry*. 1997 Dec 1;171(6):502-8.
65. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul 1;173(1):11-53.
66. Ösby U, Correia N, Brandt L, Ekblom A, Sparén P. Mortality and causes of death in schizophrenia in Stockholm county, Sweden. *Schizophr Res*. 2000;45(1):21-8.

67. Bouza C, López-Cuadrado T, Amate JM. Hospital admissions due to physical disease in people with schizophrenia: a national population-based study. *Gen Hosp Psychiatry* 2010 ;32 :156-63
68. De Hert M, Correll CU, Bobes J, Cetkovich-Bakmas M, Cohen D, Asai I, et al. Physical illness in patients with severe mental disorders. I. Prevalence, impact of medications and disparities in healthcare. *World Psychiatry*. 2011 fevrier;10(1):52-77.
69. Leucht S, Burkard T, Henderson J, Maj M, Sartorius N. Physical illness and schizophrenia: a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand*. 2007 Nov;116(5):317-33.
70. Caldwell CB, Gottesmann II. Schizophrenics kill themselves too a review of risk factors for suicide. *Schizophr Bull* 1990 ; 16 : 571-89.
71. Allebeck P, Wistedt B. Mortality in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1986 ; 43 : 650-3.
72. Canceil O. Prise en charge au long cours des schizophrénies *L'Encéphale*, 2007 ; 33 : 395-8, cahier 3
73. Petitjean F. Les effets de la psychoéducation. *Annales Médico-Psychologiques, Revue Psychiatrique*, Elsevier Masson, 2011, 169 (3),
74. Pitschel-Waltz G, Leucht S, Bauml J *et al*. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia : a meta-analysis. *Schizophrenia Bulletin* 2001 ; 27 ; 73-92. )
75. Fowler J.C et al. Altering psychotic processes: Integrated psychoanalytic treatment of a schizophrenic patient. *Modern Psychoanalysis*,2008, 33(1), 50-66.)

76. Kopelowicz A, Liberman RP. Integrating treatment with rehabilitation for persons with major mental illnesses. *Psychiatr Serv* 2003 ; 54 (11) : 1491–8.
77. Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ *et al.* Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of controlled study on relapse and adjustment. *Arch Gen Psychiatry* 1991 ; 48 : 340–7.
78. Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment – a review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2004 May;337–49.
79. Bouvet C, Alegre R. Évaluer l'évolution psychologique des travailleurs d'ESAT : questions méthodologiques. *Prat Psychol.* 2010 Dec;359–73.
80. Pješčić KD, Nenadović MM, Jašović-Gašić M, Trajković G, Kostić M, Ristić-Dimitrijević R. Influence of psycho-social factors on the emergence of depression and suicidal risk in patients with schizophrenia. *Psychiatr Danub.* 2014 Sep;226–30.
81. Pirson O, Stillemans E, Masson AM, De Nayer AR, Domken MA, Delatte B, Dubois V, Gillain B, Floris M, Mallet M, Detraux J. Schizophrénie et société, Supplément à *Neurone* 2012; Vol 17 (N°9)
82. Thouhami M, Moussaoui D. Le marabout dans l'immeuble. *Psychologie Médicale* 1991, vol. 23, n°1, pp. 29–31 1991.
83. Ampofo O, Johnson RFP. Médecine traditionnelle et son rôle dans le développement des services de santé en Afrique. *Cah Tech Afr* 1978; 12 : 48.
84. Kadri N, Manoudi F, Berrada S, et al. Stigma impact on Moroccan families of patients with schizophrenia. *Can J Psychiatry* 2004;49(9):625—9.
85. Jablensky A *et al.* Schizophrenia: manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country study. *Psychol Med* 1992 (Suppl 20).

86. OMS. Schizophrenia : an international follow-up study. Chichester :Wiley, 1979.
87. Warner R. Recovery from schizophrenia in the Third World. *Psychiatry* 1983 ; 46 : 197–212.
88. Kulhara P. Transcultural variations in schizophrenia: some research issues. *Indian J Psychiatry* 2001 ; 43 (2).
89. Douki S, Nacef F, Benzineb S, Ben Amor C. Schizophrénie et culture: réalités et perspectives à partir de l'expérience tunisienne, *L'Encéphale*, 33 : 2007, Janvier–Février
90. Butzlaff RL, Hooley JM. Expressed emotion and psychiatric relapse: a meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry* 1998;55:547–52.
91. Weisman AG, Nuechterlein KH, Goldstein MJ, et al. Expressed emotion, attributions, and schizophrenia symptom dimensions. *J Abnorm Psychol* 1998;107:355–9.
92. Luhrmann T, Padmavati R, Tharoor H, Osei A. Differences in voice-hearing experiences of people with psychosis in the USA, India and Ghana: interview-based study, *The British Journal of Psychiatry* Jun 2014, DOI: 10.1192/bjp.bp.113.139048
93. Gottesman II, Freeman W. Schizophrenia genesis : the origins of madness. New York, 1991.