



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2023

Thèse N°348

La qualité de vie des familles des patients atteints de schizophrénie

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 09/11/2023

PAR

Mr. **Issam OUTAIK**

Né Le 19/10/1995 à AGADIR

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLÉS

Schizophrénie, Qualité de vie, Famille, Aidant.

JURY

Mme. **F.MANOUDI**

Professeur de Psychiatrie

PRESIDENT

Mr. **K.MOUHADI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mr. **I.RAMMOUZ**

Professeur de Psychiatrie

Mme. **S.AIT BATAHAR**

Professeur de Pneumo-phtisiologie

} JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

قَالُوا سُبْحَانَكَ لَا عِلْمَ لَنَا إِلَّا مَا عَلَّمْتَنَا إِنَّكَ أَنْتَ الْعَلِيمُ

الْحَكِيمُ ٣٢

صَدَقَ اللَّهُ الْعَظِيمُ

(سورة البقرة)



Serment d'Hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

*Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité.
La santé de mes malades sera mon premier but.*

*Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.
Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.*

Les médecins seront mes frères.

Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948





*LISTE
DES
PROFESSEURS*



UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires : Pr. Badie Azzaman MEHADJI
: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen : Pr. Mohammed BOUSKRAOUI
Vice doyenne à la Recherche et la Coopération : Pr. Hanane RAISS
Vice doyenne aux Affaires Pédagogiques : Pr. Ghizlane DRAISS
Vice doyen chargé de la Pharmacie : Pr. Said ZOUHAIR
Secrétaire Générale : Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

LISTE NOMINATIVE DU PERSONNEL ENSEIGNANTS CHERCHEURS PERMANANT

N°	Nom et Prénom	Cadre	Spécialité
01	BOUSKRAOUI Mohammed (Doyen)	P.E.S	Pédiatrie
02	CHOULLI Mohamed Khaled	P.E.S	Neuro pharmacologie
03	KHATOURI Ali	P.E.S	Cardiologie
04	NIAMANE Radouane	P.E.S	Rhumatologie
05	AIT BENALI Said	P.E.S	Neurochirurgie
06	KRATI Khadija	P.E.S	Gastro-entérologie
07	SOUMMANI Abderraouf	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
08	RAJI Abdelaziz	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
09	KISSANI Najib	P.E.S	Neurologie
10	SARF Ismail	P.E.S	Urologie
11	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	P.E.S	Ophtalmologie

12	AMAL Said	P.E.S	Dermatologie
13	ESSAADOUNI Lamiaa	P.E.S	Médecine interne
14	MANSOURI Nadia	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
15	MOUTAJ Redouane	P.E.S	Parasitologie
16	AMMAR Haddou	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
17	ZOUHAIR Said	P.E.S	Microbiologie
18	CHAKOUR Mohammed	P.E.S	Hématologie biologique
19	EL FEZZAZI Redouane	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
20	YOUNOUS Said	P.E.S	Anesthésie-réanimation
21	BENELKHAÏAT BENOMAR Ridouan	P.E.S	Chirurgie générale
22	ASMOUKI Hamid	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
23	BOUMZEBRA Drissi	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
24	CHELLAK Saliha	P.E.S	Biochimie-chimie
25	LOUZI Abdelouahed	P.E.S	Chirurgie-générale
26	AIT-SAB Imane	P.E.S	Pédiatrie
27	GHANNANE Houssine	P.E.S	Neurochirurgie
28	ABOULFALAH Abderrahim	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
29	OULAD SAIAD Mohamed	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
30	DAHAMI Zakaria	P.E.S	Urologie
31	EL HATTAOUI Mustapha	P.E.S	Cardiologie
32	ELFIKRI Abdelghani	P.E.S	Radiologie
33	KAMILI El Ouafi El Aouni	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
34	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	P.E.S	Pédiatrie (Néonatalogie)
35	MATRANE Aboubakr	P.E.S	Médecine nucléaire
36	AIT AMEUR Mustapha	P.E.S	Hématologie biologique
37	AMINE Mohamed	P.E.S	Epidémiologie clinique

38	EL ADIB Ahmed Rhassane	P.E.S	Anesthésie-réanimation
39	MANOUDI Fatiha	P.E.S	Psychiatrie
40	CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	P.E.S	Radiologie
41	BOURROUS Monir	P.E.S	Pédiatrie
42	ADMOU Brahim	P.E.S	Immunologie
43	TASSI Noura	P.E.S	Maladies infectieuses
44	NEJMI Hicham	P.E.S	Anesthésie-réanimation
45	LAOUAD Inass	P.E.S	Néphrologie
46	EL HOUDZI Jamila	P.E.S	Pédiatrie
47	FOURAJI Karima	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
48	ARSALANE Lamiae	P.E.S	Microbiologie-virologie
49	BOUKHIRA Abderrahman	P.E.S	Biochimie-chimie
50	KHALLOUKI Mohammed	P.E.S	Anesthésie-réanimation
51	BSISS Mohammed Aziz	P.E.S	Biophysique
52	EL OMRANI Abdelhamid	P.E.S	Radiothérapie
53	SORAA Nabila	P.E.S	Microbiologie-virologie
54	KHOUCHANI Mouna	P.E.S	Radiothérapie
55	JALAL Hicham	P.E.S	Radiologie
56	OUALI IDRISSE Mariem	P.E.S	Radiologie
57	ZAHLANE Mouna	P.E.S	Médecine interne
58	BENJILALI Laila	P.E.S	Médecine interne
59	NARJIS Youssef	P.E.S	Chirurgie générale
60	RABBANI Khalid	P.E.S	Chirurgie générale
61	HAJJI Ibtissam	P.E.S	Ophtalmologie
62	EL ANSARI Nawal	P.E.S	Endocrinologie et maladies métabolique
63	ABOU EL HASSAN Taoufik	P.E.S	Anesthésie-réanimation

64	SAMLANI Zouhour	P.E.S	Gastro-entérologie
65	LAGHMARI Mehdi	P.E.S	Neurochirurgie
66	ABOUSSAIR Nistrine	P.E.S	Génétique
67	BENCHAMKHA Yassine	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
68	CHAFIK Rachid	P.E.S	Traumato-orthopédie
69	MADHAR Si Mohamed	P.E.S	Traumato-orthopédie
70	EL HAOURY Hanane	P.E.S	Traumato-orthopédie
71	ABKARI Imad	P.E.S	Traumato-orthopédie
72	EL BOUIHI Mohamed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
73	LAKMICHI Mohamed Amine	P.E.S	Urologie
74	AGHOUTANE El Mouhtadi	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
75	HOCAR Ouafa	P.E.S	Dermatologie
76	EL KARIMI Saloua	P.E.S	Cardiologie
77	EL BOUCHTI Imane	P.E.S	Rhumatologie
78	AMRO Lamyae	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
79	ZYANI Mohammad	P.E.S	Médecine interne
80	GHOUNDALE Omar	P.E.S	Urologie
81	QACIF Hassan	P.E.S	Médecine interne
82	BEN DRISS Laila	P.E.S	Cardiologie
83	MOUFID Kamal	P.E.S	Urologie
84	QAMOUSS Youssef	P.E.S	Anesthésie réanimation
85	EL BARNI Rachid	P.E.S	Chirurgie générale
86	KRIET Mohamed	P.E.S	Ophtalmologie
87	BOUCHENTOUF Rachid	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
88	ABOUCHADI Abdeljalil	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
89	BASRAOUI Dounia	P.E.S	Radiologie

90	RAIS Hanane	P.E.S	Anatomie Pathologique
91	BELKHOU Ahlam	P.E.S	Rhumatologie
92	ZAOUI Sanaa	P.E.S	Pharmacologie
93	MSOUGAR Yassine	P.E.S	Chirurgie thoracique
94	EL MGHARI TABIB Ghizlane	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
95	DRAISS Ghizlane	P.E.S	Pédiatrie
96	EL IDRISSE SLITINE Nadia	P.E.S	Pédiatrie
97	RADA Noureddine	P.E.S	Pédiatrie
98	BOURRAHOUE Aicha	P.E.S	Pédiatrie
99	MOUAFFAK Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
100	ZIADI Amra	P.E.S	Anesthésie-réanimation
101	ANIBA Khalid	P.E.S	Neurochirurgie
102	TAZI Mohamed Ilias	P.E.S	Hématologie clinique
103	ROCHDI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
104	FADILI Wafaa	P.E.S	Néphrologie
105	ADALI Imane	P.E.S	Psychiatrie
106	ZAHLANE Kawtar	P.E.S	Microbiologie- virologie
107	LOUHAB Nisrine	P.E.S	Neurologie
108	HAROU Karam	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
109	BASSIR Ahlam	P.E.S	Gynécologie obstétrique
110	BOUKHANNI Lahcen	P.E.S	Gynécologie obstétrique
111	FAKHIR Bouchra	P.E.S	Gynécologie-obstétrique
112	BENHIMA Mohamed Amine	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
113	HACHIMI Abdelhamid	P.E.S	Réanimation médicale
114	EL KHAYARI Mina	P.E.S	Réanimation médicale
115	AISSAOUI Younes	P.E.S	Anesthésie-réanimation

116	BAIZRI Hicham	P.E.S	Endocrinologie et maladies métaboliques
117	ATMANE El Mehdi	P.E.S	Radiologie
118	EL AMRANI Moulay Driss	P.E.S	Anatomie
119	BELBARAKA Rhizlane	P.E.S	Oncologie médicale
120	ALJ Soumaya	P.E.S	Radiologie
121	OUBAHA Sofia	P.E.S	Physiologie
122	EL HAOUATI Rachid	P.E.S	Chirurgie Cardio-vasculaire
123	BENALI Abdeslam	P.E.S	Psychiatrie
124	MLIHA TOUATI Mohammed	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
125	MARGAD Omar	P.E.S	Traumatologie-orthopédie
126	KADDOURI Said	P.E.S	Médecine interne
127	ZEMRAOUI Nadir	P.E.S	Néphrologie
128	EL KHADER Ahmed	P.E.S	Chirurgie générale
129	LAKOUICHMI Mohammed	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
130	DAROUASSI Youssef	P.E.S	Oto-rhino-laryngologie
131	BENJELLOUN HARZIMI Amine	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
132	FAKHRI Anass	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
133	SALAMA Tarik	P.E.S	Chirurgie pédiatrique
134	CHRAA Mohamed	P.E.S	Physiologie
135	ZARROUKI Youssef	P.E.S	Anesthésie-réanimation
136	AIT BATAHAR Salma	P.E.S	Pneumo-phtisiologie
137	ADARMOUCH Latifa	P.E.S	Médecine communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
138	BELBACHIR Anass	P.E.S	Anatomie pathologique
139	HAZMIRI Fatima Ezzahra	P.E.S	Histologie-embryologie cytogénétique
140	EL KAMOUNI Youssef	P.E.S	Microbiologie-virologie

141	SERGHINI Issam	P.E.S	Anesthésie-réanimation
142	EL MEZOUARI El Mostafa	P.E.S	Parasitologie mycologie
143	ABIR Badreddine	P.E.S	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
144	GHAZI Mirieme	P.E.S	Rhumatologie
145	ZIDANE Moulay Abdelfettah	P.E.S	Chirurgie thoracique
146	LAHKIM Mohammed	P.E.S	Chirurgie générale
147	MOUHSINE Abdelilah	P.E.S	Radiologie
148	TOURABI Khalid	P.E.S	Chirurgie réparatrice et plastique
149	NADER Youssef	Pr Ag	Traumatologie-orthopédie
150	SEDDIKI Rachid	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
151	ARABI Hafid	Pr Ag	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle
152	BELHADJ Ayoub	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
153	BOUZERDA Abdelmajid	Pr Ag	Cardiologie
154	ARSALANE Adil	Pr Ag	Chirurgie thoracique
155	ABDELFETTAH Youness	Pr Ag	Rééducation et réhabilitation fonctionnelle
156	REBAHI Houssam	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
157	BENNAOUI Fatiha	Pr Ag	Pédiatrie
158	ZOUIZRA Zahira	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
159	SEBBANI Majda	Pr Ag	Médecine Communautaire (Médecine préventive, santé publique et hygiène)
160	ABDOU Abdessamad	Pr Ag	Chirurgie Cardio-vasculaire
161	HAMMOUNE Nabil	Pr Ag	Radiologie
162	ESSADI Ismail	Pr Ag	Oncologie médicale
163	MESSAOUDI Redouane	Pr Ag	Ophthalmologie
164	ALJALIL Abdelfattah	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
165	LAFFINTI Mahmoud Amine	Pr Ag	Psychiatrie

166	RHARRASSI Issam	Pr Ag	Anatomie-patologique
167	ASSERRAJI Mohammed	Pr Ag	Néphrologie
168	JANAH Hicham	Pr Ag	Pneumo-phtisiologie
169	NASSIM SABAH Taoufik	Pr Ag	Chirurgie réparatrice et plastique
170	ELBAZ Meriem	Pr Ag	Pédiatrie
171	BELGHMAIDI Sarah	Pr Ag	Ophtalmologie
172	FENANE Hicham	Pr Ag	Chirurgie thoracique
173	GEBRATI Lhoucine	Pr Hab	Chimie
174	FDIL Naima	Pr Hab	Chimie de coordination bio-organique
175	LOQMAN Souad	Pr Ass	Microbiologie et toxicologie environnementale
176	BAALLAL Hassan	Pr Ag	Neurochirurgie
177	BELFQUIH Hatim	Pr Ag	Neurochirurgie
178	MILOUDI Mouhcine	Pr Ag	Microbiologie-virologie
179	AKKA Rachid	Pr Ag	Gastro-entérologie
180	BABA Hicham	Pr Ag	Chirurgie générale
181	MAOUJOURD Omar	Pr Ag	Néphrologie
182	SIRBOU Rachid	Pr Ag	Médecine d'urgence et de catastrophe
183	EL FILALI Oualid	Pr Ag	Chirurgie Vasculaire périphérique
184	EL- AKHIRI Mohammed	Pr Ag	Oto-rhino-laryngologie
185	HAJJI Fouad	Pr Ag	Urologie
186	OUMERZOUK Jawad	Pr Ag	Neurologie
187	JALLAL Hamid	Pr Ag	Cardiologie
188	ZBITOU Mohamed Anas	Pr Ag	Cardiologie
189	RAISSI Abderrahim	Pr Ag	Hématologie clinique
190	BELLASRI Salah	Pr Ag	Radiologie
191	DAMI Abdallah	Pr Ass	Médecine Légale

192	AZIZ Zakaria	Pr Ass	Stomatologie et chirurgie maxillo faciale
193	ELOUARDI Youssef	Pr Ag	Anesthésie-réanimation
194	LAHLIMI Fatima Ezzahra	Pr Ag	Hématologie clinique
195	EL FAKIRI Karima	Pr Ass	Pédiatrie
196	NASSIH Houda	Pr Ag	Pédiatrie
197	LAHMINI Widad	Pr Ag	Pédiatrie
198	BENANTAR Lamia	Pr Ag	Neurochirurgie
199	EL FADLI Mohammed	Pr Ag	Oncologie médicale
200	AIT ERRAMI Adil	Pr Ag	Gastro-entérologie
201	CHETTATI Mariam	Pr Ag	Néphrologie
202	SAYAGH Sanae	Pr Ass	Hématologie
203	BOUTAKIOUTE Badr	Pr Ag	Radiologie
204	DOUIREK Fouzia	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
205	EL HAKKOUNI Awatif	Pr Ass	Parasitologie mycologie
206	BELARBI Marouane	Pr Ass	Néphrologie
207	AMINE Abdellah	Pr Ass	Cardiologie
208	CHETOUI Abdelkhalek	Pr Ass	Cardiologie
209	WARDA Karima	Pr Ass	Microbiologie
210	EL AMIRI My Ahmed	Pr Ass	Chimie de Coordination bio-organique
211	CHAHBI Zakaria	Pr Ass	Maladies infectieuses
212	MEFTAH Azzelarab	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
213	ROUKHSI Redouane	Pr Ass	Radiologie
214	EL GAMRANI Younes	Pr Ass	Gastro-entérologie
215	ARROB Adil	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
216	SALLAHI Hicham	Pr Ass	Traumatologie-orthopédie
217	ACHKOUN Abdessalam	Pr Ass	Anatomie
218	DARFAOUI Mouna	Pr Ass	Radiothérapie
219	EL-QADIRY Rabiyy	Pr Ass	Pédiatrie

220	ELJAMILI Mohammed	Pr Ass	Cardiologie
221	HAMRI Asma	Pr Ass	Chirurgie Générale
222	ELATIQUI Oumkeltoum	Pr Ass	Chirurgie réparatrice et plastique
223	BENZALIM Meriam	Pr Ass	Radiologie
224	ABOULMAKARIM Siham	Pr Ass	Biochimie
225	LAMRANI HANCHI Asmae	Pr Ass	Microbiologie-virologie
226	HAJHOUI Farouk	Pr Ass	Neurochirurgie
227	EL KHASSOUI Amine	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
228	SBAAI Mohammed	Pr Ass	Parasitologie-mycologie
229	FASSI Fihri Mohamed jawad	Pr Ass	Chirurgie générale
230	BENCHAFAI Ilias	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
231	SLIOUI Badr	Pr Ass	Radiologie
232	EL JADI Hamza	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
233	AZAMI Mohamed Amine	Pr Ass	Anatomie pathologique
234	YAHYAOUI Hicham	Pr Ass	Hématologie
235	ABALLA Najoua	Pr Ass	Chirurgie pédiatrique
236	MOUGUI Ahmed	Pr Ass	Rhumatologie
237	SAHRAOUI Houssam Eddine	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
238	AABBASSI Bouchra	Pr Ass	Pédopsychiatrie
239	SBAI Asma	Pr Ass	Informatique
240	HAZIME Raja	Pr Ass	Immunologie
241	CHEGGOUR Mouna	Pr Ass	Biochimie
242	RHEZALI Manal	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
243	ZOUIA Btissam	Pr Ass	Radiologie
244	MOULINE Souhail	Pr Ass	Microbiologie-virologie
245	AZIZI Mounia	Pr Ass	Néphrologie
246	BENYASS Youssef	Pr Ass	Traumato-orthopédie

247	BOUHAMIDI Ahmed	Pr Ass	Dermatologie
248	YANISSE Siham	Pr Ass	Pharmacie galénique
249	DOULHOUSNE Hassan	Pr Ass	Radiologie
250	KHALLIKANE Said	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
251	BENAMEUR Yassir	Pr Ass	Médecine nucléaire
252	ZIRAOUI Oualid	Pr Ass	Chimie thérapeutique
253	IDALENE Malika	Pr Ass	Maladies infectieuses
254	LACHHAB Zineb	Pr Ass	Pharmacognosie
255	ABOUDOURIB Maryem	Pr Ass	Dermatologie
256	AHBALA Tariq	Pr Ass	Chirurgie générale
257	LALAOUI Abdessamad	Pr Ass	Pédiatrie
258	ESSAFTI Meryem	Pr Ass	Anesthésie-réanimation
259	RACHIDI Hind	Pr Ass	Anatomie pathologique
260	FIKRI Oussama	Pr Ass	Pneumo-phtisiologie
261	EL HAMDAOUI Omar	Pr Ass	Toxicologie
262	EL HAJJAMI Ayoub	Pr Ass	Radiologie
263	BOUMEDIANE El Mehdi	Pr Ass	Traumato-orthopédie
264	RAFI Sana	Pr Ass	Endocrinologie et maladies métaboliques
265	JEBRANE Ilham	Pr Ass	Pharmacologie
266	LAKHDAR Youssef	Pr Ass	Oto-rhino-laryngologie
267	LGHABI Majida	Pr Ass	Médecine du Travail
268	AIT LHAJ El Houssaine	Pr Ass	Ophtalmologie
269	RAMRAOUI Mohammed-Es-said	Pr Ass	Chirurgie générale
270	EL MOUHAFID Faisal	Pr Ass	Chirurgie générale

LISTE ARRETEE LE 04/10/2023



DEDICACES



اللَّهُ

*Louange à Dieu tout puissant, qui m'a permis de voir
ce jour tant attendu.*

Sans sa miséricorde, ce travail n'aura pas abouti



*Je me dois d'avouer pleinement ma reconnaissance à toutes
les personnes qui m'ont soutenues durant mon parcours, qui
ont su me hisser vers le haut pour atteindre mon objectif.
C'est avec amour, respect et gratitude que
Je dédie cette thèse...*

A ALLAH le tout puissant

Le tout miséricordieux, le très miséricordieux, Le tout puissant, Qui m'a inspiré, Qui m'a guidé sur le droit chemin. Je vous dois ce que j'étais, Ce que je suis et ce que je serais Inchaallah. Soumission, louanges et remerciements pour votre clémence et miséricorde.

A ma très chère mère : Aïcha Aboulmajd

Aucune dédicace ne saurait pleinement exprimer l'ampleur de mon amour, de mon respect et de mon attachement envers toi. Ta bonté et ta générosité sont infinies. Tes prières et tes encouragements ont été un soutien moral précieux tout au long de mes études.

A mon très cher père : Dr. Azeddine Outaïk

Aucun mot ne pourrait suffisamment exprimer l'amour et la considération que j'ai pour toi, ni les sacrifices consentis pour mon éducation, mon développement et mon bien-être.

Qu'Allah vous récompense, vous protège, vous bénisse et vous accorde son plus haut paradis !

À mon cher frère bien-aimé: Youness Outaïk

À mon petit frère adoré, cette thèse est dédiée avec tout mon amour. Puisse nos fraternels liens se pérenniser et consolider encore. Puisses-tu poursuivre tes rêves avec la même énergie et la même curiosité infatigable.

À mes chers grands-parents maternels: Fatima Aboulmajd et Mohammed Aboulmajd

vos prières m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Votre présence dans la famille est le secret de notre bonheur... Que dieu vous préserve de tout mal et vous accorde une longue vie et son plus haut paradis !

*À mes chers grands-parents paternels (houssain Outaïk et Mamass Iguïder) :
Votre amour, votre gentillesse et votre soutien ont été pour moi une source
de courage, de confiance et de patience. Vos prières furent pour moi d'un
grand réconfort. Qu'il me soit permis aujourd'hui, de vous exprimer mon
profond respect et mon grand amour.*

A ma chère tante : Ilham Aboulmajd

*Au fil de ma vie, tu as été bien plus qu'une tante. Je tiens à exprimer ma
gratitude et mon amour pour toi.*

*À mes oncles et tantes, cousins et cousines, petits et grands, aux membres de
toute la famille Outaïk et Aboulmajd :*

*J'aurais aimé pouvoir citer chacun par son nom. je vous dédie ma chère
famille ce travail avec tous mes vœux de bonheur, de santé et de réussite.
Sans vous, rien n'aurait été possible. Merci pour les valeurs que vous m'avez
transmises, vos encouragements, votre amour, votre patience et votre
soutien quotidien tout au long de ces années. Merci de m'avoir toujours
écouté, conseillé et d'avoir cru en moi.*

A Docteur Naïma Khalîl :

*Aucun mot ne pourrait suffisamment exprimer ma gratitude pour tous ce
que vous avez fait pour moi.*

Je vous dédie cette Thèse.

*Qu'Allah vous récompense, vous protège, vous bénisse et vous accorde son
plus haut paradis !*

*A mes deux premiers enseignants de ma vie : Mohammed Elouassifi et Hassan
Mhjouba*

*Je suis profondément reconnaissant(e) pour tout ce que vous avez fait pour
moi.*

Je vous dédie cette Thèse.

*A tous ceux ou celles qui me sont chers et que j'ai omis involontairement de
citer.*



REMERCIEMENT



Le prophète (SBL) a dit : « Celui qui ne remercie pas les gens ne remercie pas Allah » Rapporté par Abou Daoud.

À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR RAMMOUZ ISMAIL, PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, CHEF DE SERVICE DU SERVICE DE PSYCHIATRIE AU CHU D'AGADIR.

Je ne vous remercierai jamais assez pour votre bienveillance et votre belle générosité. Merci pour la chance que vous m'avez accordé d'être votre thésard et de mener à vos côtés ce travail. Vous m'avez toujours réservé le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Je vous remercie infiniment, chère Maître, pour avoir consacré à ce travail une partie de votre temps précieux et de m'avoir guidé avec rigueur et bienveillance. Je suis très fier d'avoir appris auprès de vous et j'espère avoir été à la hauteur de votre attente. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de mon estime et de mon profond respect.

À NOTRE MAÎTRE ET RAPPORTEUR : PROFESSEUR MOUHADI KHALID, PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL MILITAIRE D'INSTRUCTION MOHAMED V A RABAT

Vous m'avez accordé un immense honneur et un grand privilège en acceptant avec gentillesse et spontanéité, de diriger et d'encadrer mon travail. J'ai eu le grand plaisir de travailler sous votre direction. Vos conseils et recommandations, votre compétence, votre dynamisme, votre rigueur, et votre attention ont vastement contribué à la réalisation de cette thèse et ont suscité en moi une grande admiration et un profond respect. Veuillez accepter, cher Maître, l'assurance de mon estime, ma sincère reconnaissance et ma profonde gratitude

**À NOTRE MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE PROFESSEUR
MANOUDI FATIHA, PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, CHÉF DE SERVICE
DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL IBN NAFIS DE MARRAKECH**

Je suis très sensible à l'honneur que vous m'avez fait en acceptant aimablement de présider ce prestigieux jury de thèse. Je vous remercie de la confiance que vous avez bien voulu m'accorder. J'ai eu la chance de compter parmi vos étudiants et de profiter de l'étendue de votre savoir. Vos remarquables qualités humaines et professionnelles ont toujours suscité ma profonde admiration. Je vous prie d'accepter le témoignage de ma reconnaissance et l'assurance de mes sentiments respectueux

**À NOTRE MAÎTRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR AIT
BATAHAR SALMA, PROFESSEUR DE PNEUMO-PHYSIOLOGIE, SERVICE
DE PNEUMOLOGIE, CHU MOHAMMED VI DE MARRAKECH**

Nous vous remercions vivement pour l'honneur que vous nous faites en acceptant de juger ce travail. Nous sommes très sensibles à votre gentillesse et à votre accueil très aimable. Que ce travail soit pour nous l'occasion de vous exprimer notre admiration ainsi que notre gratitude. Veuillez croire, cher maître, en nos sentiments les plus respectueux.



REMERCIEMENT SPECIAL



À NOTRE MAÎTRE, PROFESSEUR DOUFIK JALAL, PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE, SERVICE DE PSYCHIATRIE AU CHU D'AGADIR.

Vous nous avez marqués par votre savoir, vos qualités humaines et votre sens de la responsabilité. Nous ne saurons oublier toute votre disponibilité, vos conseils si précieux ainsi que votre constant appui pour la réalisation de ce travail. Nous sommes fiers d'avoir appris auprès de vous. Recevez ici cher maître, l'expression de notre indéfectible attachement et surtout de notre profonde gratitude.

A NOTRE MAÎTRE PROFESSEUR LAÏLA LAHLOU PROFESSEUR ASSISTANT EN SANTÉ PUBLIQUE Laboratoire d'épidémiologie de la faculté de médecine d'Agadir

Votre générosité en partageant votre précieux temps et vos conseils avisés a été d'un soutien inestimable tout au long de ce travail. Nous tenons à exprimer notre profonde reconnaissance pour votre contribution précieuse. Veuillez accepter nos sincères remerciements.

Je remercie tout le personnel du service de psychiatrie de l'hôpital provincial d'inezgane, en particulier Abdoullah Oubella qui a accepté de m'accorder son soutien pour réaliser ce travail. Je tiens aussi à remercier Dr. Eloumary Omar pour son temps fourni à mon aide. J'exprime ma gratitude envers tous les aidants et les patients qui m'ont donné leur consentement pour achever mon étude.



ABBREVIATIONS



Liste des abréviations

S-CGQoL	: Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire
PHQ	: Patient Health questionnaire
PRIME-MD	: Primary Care Evaluation of Mental Disorders
DSM	: Diagnostic and Statistical Manual ; Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux
BE-PhPS	: Bien-être physique et psychologique
F-Quot	: Fardeau/retentissement sur la vie quotidienne
R-Conj	: Relations avec le conjoint
R-Soin	: Relations avec le personnel soignant
R-Fam	: Relations avec la famille
R-Ami	: Relations avec les amis
FM	: Fardeau matériel
OR	: Odds ratio
IC	: Intervalle de confiance
GBD	: Global Burden of Disease
Oms	: Organisation mondiale de la santé
UI	: Uncertainty intervals
CHU	: Centre hospitalier universitaire
GABA	: Acide gamma-aminobutyrique
NMDA	: acide N-méthyl-D-aspartique
NAP	: neuroleptiques à action prolongée
TCC	: thérapie cognitivo-comportementale
TCCp	: thérapie cognitivo-comportementale pour la psychose
ECT	: Electroconvulsivothérapie
WHOQOL	: World Health Organization Quality of Life
Hads	: Hospital Anxiety and Depression Scale : L'Inventaire d'anxiété et de dépression hospitalière
MINI	: Mini International Neuropsychiatric Interview

*A TOUT LE PERSONNEL MEDICAL ET PARAMEDICAL DU
SERVICE DE PSYCHIATRIE de l'hôpital Provincial d'Inezgane.*



PLANS



INTRODUCTION	1
MATÉRIELS & MÉTHODES	4
I. Type d'étude :.....	5
II. Temps de la collecte :.....	5
III. Lieu de l'étude :.....	5
IV. Population cible de l'étude :.....	5
1. Critères d'inclusion :.....	6
2. Critères d'exclusion :.....	6
V. Échantillonnage :.....	6
1. Calcul de la taille d'échantillon :.....	6
2. La sélection des aidants :.....	7
VI. Collecte des données :.....	7
VII. Fiche d'exploitation :.....	7
1. Questionnaire des variables socio-démographiques de l'aidant familial :.....	8
2. Questionnaire des Données socio-démographiques et cliniques du patient :.....	8
3. Le questionnaire de qualité de vie des aidants naturels des patients schizophrènes : Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL) :.....	8
4. Questionnaire de dépression (PHQ-9) : Patient Health questionnaire :.....	10
5. Définition de certaines variables :.....	11
VIII. Conditions éthiques :.....	12
IX. Analyse statistique :.....	12
RESULTATS	13
I. Analyse descriptive :.....	14
1. Descriptif des données socio-démographiques des aidants :.....	14
2. Descriptif des données socio-démographiques et cliniques des patients :.....	21
3. Descriptif des scores du questionnaire de la qualité de vie (S-CGQoL) :.....	31
4. Descriptif du questionnaire de dépression (PHQ-9) :.....	35
II. Analyse comparative :.....	37
1. Analyse comparative selon le score total de qualité de vie :.....	37
2. Analyse comparative du score des dimensions de qualité de vie en fonction des variables suivantes :.....	40
3. Facteurs associés à la mauvaise qualité de vie des aidants.....	46
DISCUSSION	49
I. Généralités sur la schizophrénie :.....	50
1. Définition :.....	50
2. Épidémiologie :.....	50
3. Etiopathogénie :.....	53
4. Critères diagnostiques :.....	57
5. La prise en charge de la schizophrénie :.....	59
II. Généralités sur la qualité de vie :.....	65
1. Définitions.....	65

2. Évaluation :	65
III. Généralités sur les proches aidants :	66
IV. Discussion des résultats :	67
1. Analyse Descriptive :	67
2. Analyse univariée :	76
3. Analyse multivariée :	87
4. les défis spécifiques des aidants célibataires, divorcés, déprimés, et de ceux s'occupant de patients ayant des antécédents de tentatives de suicide :	88
LIMITES DE L'ETUDE	91
PERSPECTIVES & RECOMMANDATIONS	93
CONCLUSION	96
RESUMES	98
ANNEXES	102
BIBLIOGRAPHIE	111



INTRODUCTION



La schizophrénie est incontestablement l'un des troubles psychiatriques les plus graves.(1) Elle est classée parmi les troubles médicaux les plus invalidants et ayant un impact économique dévastateur. L'Organisation mondiale de la santé la considère parmi les dix principales maladies contribuant à la charge mondiale de morbidité.(2) Il est bien établi que la schizophrénie n'a pas de cause unique. On suppose qu'elle résulte d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques et divers éléments de l'environnement. De plus, des facteurs psychosociaux peuvent jouer un rôle dans l'apparition et l'évolution de la schizophrénie.(3)

Au cours des 50 dernières années, la désinstitutionnalisation a mis de plus en plus l'accent sur le rôle des proches dans le soutien aux personnes atteintes de troubles mentaux sévères, et cette "prise en charge informelle" joue un rôle de plus en plus important dans l'élaboration et l'évaluation des programmes de traitement et des politiques de santé.(4)

L'impact de la prise en charge sur la qualité de vie des aidants est important. Les aidants de personnes atteintes de schizophrénie ont signalé une réduction de la qualité de vie. L'expérience négative des aidants peut affecter leur capacité à prendre soin des patients, c'est une préoccupation importante car l'implication des aidants familiaux est essentielle pour un traitement optimal des patients en garantissant le respect du traitement, la continuité des soins et le soutien social. Plusieurs études ont montré que l'absence d'implication de la famille dans la planification du traitement est associée à des problèmes d'observance du traitement. Par conséquent, évaluer et préserver la qualité de vie des aidants est une question importante à la fois pour les aidants eux-mêmes et indirectement pour la santé des patients. (5)

Il est effectivement problématique que, dans le contexte du Maroc, il n'y a peu d'études utilisant un instrument spécifiquement conçu pour évaluer la qualité de vie des aidants naturels des patients atteints de schizophrénie. Cette lacune de recherche peut

entraver notre compréhension des besoins et des défis auxquels font face les aidants naturels dans ce pays. Pour développer des approches de soutien efficaces, il serait important de mettre en place des études de ce type, qui permettent de recueillir des données précises sur la qualité de vie de ces aidants et d'identifier les domaines où des interventions pourraient être nécessaires. Cela pourrait également contribuer à sensibiliser davantage à cette question au sein de la communauté médicale et de la société en général.

Objectifs de l'étude :

- Évaluer la qualité de vie chez les aidants des patients schizophrènes dans la région de Sous Massa.
- Déterminer les facteurs associées à une mauvaise qualité de vie des aidants.



MATÉRIELS
&
MÉTHODES



I. Type d'étude :

Il s'agissait d'une étude observationnelle, transversale à visée descriptive et analytique.

II. Temps de la collecte :

La collecte des données s'est étalée sur une période de six mois, de février à juillet 2023.

III. Lieu de l'étude :

L'étude a été menée au sein du service de psychiatrie de l'Hôpital Provincial d'Inezgane. Ce service s'étend sur une surface de 1450 m² avec une capacité litière du service de 70 lits et doté d'équipements médicaux et autres commodités visant à améliorer les prestations de cet établissement public.(6) Le service bénéficie des compétences et du savoir-faire d'une équipe composée de 2 professeurs de psychiatrie, un médecin spécialiste en psychiatrie, 8 médecins résidents en psychiatrie, un médecin interne, 19 infirmiers en psychiatrie, 4 aides-soignants, 1 assistante sociale et 1 technicien informatique.

Au sein du service, plusieurs activités sont menées, notamment :

- Les consultations médicales.
- L'hospitalisation des patients qui présentent une indication d'hospitalisation.
- Les examens de suivi médical des patients hospitalisés.
- La formation des médecins résidents.
- L'enseignement des étudiants de médecine.

IV. Population cible de l'étude :

La population cible est constituée par les Personnes s'occupant de patients suivis pour schizophrénie (aidants naturels de 1er degré) = conjoint(e)s, pères, mères, fratrie, enfants, grand-père, grand-mère, tante.

1. Critères d'inclusion :

Les critères d'inclusion de notre étude étaient les suivants :

- Avoir un proche ayant reçu le diagnostic de schizophrénie depuis au moins un an.
- Être le principal aidant, même en n'habitant pas sous le même toit et indépendamment de l'âge.

2. Critères d'exclusion :

Les critères d'exclusion de notre étude étaient les suivants :

- Les aidants portant un diagnostic de schizophrénie.
- Les aidants qui ont des patients suivis pour schizophrénie depuis moins d'un an.
- Les aidants qui n'appartiennent pas à la famille du patient, comme les amis ou les collègues.
- Les aidants qui ne souhaitent pas participer étaient exclus.

V. Échantillonnage :

1. Calcul de la taille d'échantillon :

Supposons que pour la variable proportionnelle, le niveau d'erreur acceptable était de 7 % (c'est-à-dire, $d=0.07$), et la proportion attendue dans la population était de 76 % de la population ayant une bonne qualité de vie (c'est-à-dire, $p=0.76$). À un taux d'erreur de type I de 5 % (c'est-à-dire, $\alpha=0.05$), la taille minimale de l'échantillon de l'enquête était de 143.(7-9).

Cependant l'enquêteur a pu recruter 144 aidants.

2.

La sélection des aidants :

La sélection de l'aidant naturel se faisait de manière aléatoire pendant les visites et consultations. La participation de l'aidant et de son proche malade était basée sur le volontariat et leur disponibilité.

VI. Collecte des données :

Les entretiens étaient conduits lors des consultations organisées les mardis et mercredis matin pour les patients non hospitalisés, ainsi que pendant les visites des familles à leurs proches malades, qui se déroulaient tous les jours de la semaine de 16h à 18h, y compris les samedis et dimanches pour les patients hospitalisés. Les entretiens étaient menés par un seul enquêteur et duraient entre 15 et 30 minutes, après avoir expliqué le caractère volontaire de la participation. Aucune compensation financière n'était proposée pour la participation. Environ 90 % des aidants ont accepté de participer. Certaines données ont été complétées ou vérifiées par le biais d'appels téléphoniques ou de messages, une fois que nous avons obtenu les numéros de téléphone des aidants lors de l'entretien.

VII. Fiche d'exploitation :

La fiche d'exploitation a été développée et validée par un professeur sénior, en présence de l'étudiant évaluateur responsable de la collecte des données de l'étude, et qui a été préalablement formé sur la méthodologie des entretiens. Avant son utilisation, la fiche d'exploitation a été testée à la fois sur un aidant naturel et sur une tierce personne pour s'assurer de sa pertinence et de son efficacité.

La fiche d'exploitation était composée de quatre questionnaires :

1. Questionnaire des variables socio-démographiques de l'aidant familial :

C'est un questionnaire visant à explorer les données sociodémographiques, telles que l'âge, le sexe, le lien avec le patient, la situation matrimoniale, le niveau scolaire et socio-économique, l'activité professionnelle, ainsi que la présence actuelle ou dans les antécédents de troubles psychiatriques autres que la schizophrénie.

2. Questionnaire des Données socio-démographiques et cliniques du patient :

Un questionnaire conçu pour enquêter sur la situation actuelle du patient s'il est hospitalisé ou vu(e) en consultation, incluant des éléments tels que le sexe, le statut marital, l'achat de médicaments par le patient ou sa famille, la durée d'évolution du trouble, le nombre d'hospitalisations précédentes, l'existence d'incidents graves dans les antécédents, tels que des incendies volontaires ou des comportements agressifs envers la famille, les tentatives de suicide passées, les antécédents judiciaires, ainsi que toute dépendance à des substances autres que le tabac.

3. Le questionnaire de qualité de vie des aidants naturels des patients schizophrènes : Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire (S-CGQoL) :

Le S-CGQoL, développé par Richieri et al. (2011), représente un outil d'évaluation de la qualité de vie multidimensionnel destiné à être rempli par les aidants de personnes souffrant de schizophrénie. Nous avons déjà obtenu l'autorisation de pour utiliser ce questionnaire. Il a pris entre 10 et 20 min à remplir, il contient 25 items décrivant sept dimensions :

1. Bien-être psychologique et physique
2. Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne
3. Relations avec le conjoint
4. Relations avec l'équipe soignante

5. Relations avec la famille
6. Relations avec les amis
7. Fardeau matériel.

3.1. Construction des scores :

Il utilise une échelle de type Likert qui propose cinq options de réponses : "Jamais/Pas du tout," "Rarement/Un peu," "Parfois/Moyennement," "Souvent/Beaucoup," et "Toujours/Énormément." Pour chaque dimension, le score est calculé en faisant la moyenne des scores attribués aux éléments correspondants. Un score global de qualité de vie est obtenu en appliquant une transformation linéaire pour qu'il soit compris entre 0 et 100. Un score de 100 reflète le plus haut niveau possible de qualité de vie, tandis que 0 représente le niveau le plus bas de qualité de vie. (10) Le coefficient alpha de Cronbach de ce questionnaire était de 0,838.

3.2. Classification de la qualité de vie des aidants en deux catégories :

Nous avons choisi d'utiliser 50 comme seuil pour classer la qualité de vie. Un score total de 50 ou plus est considéré comme une bonne qualité de vie, tandis qu'un score total inférieur à 50 est associé à une mauvaise qualité de vie. Cette classification nous permettra de comparer nos résultats avec ceux de Hussain et al. (2020). (7)

3.3. Classification de la Qualité de Vie des Aidants en Cinq Catégories :

Nous avons sélectionné des seuils de 20, 40, 60 et 80 pour classer la qualité de vie en cinq catégories, ce qui nous permettra de comparer nos résultats avec l'étude de Sustrami et al. (2022). (11)

Tableau I :

Score de qualité de vie	Catégorie
0-20	Très faible
21-40	Faible
41-60	Moyenne
61-80	Bonne
81-100	Très bonne

4. Questionnaire de dépression (PHQ-9) : Patient Health questionnaire :

Le Questionnaire de Santé du Patient (PHQ) est une version auto-administrée de l'instrument de diagnostic PRIME-MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) conçu pour évaluer les troubles mentaux courants. Le PHQ-9 est spécifiquement axé sur la dépression et évalue chacun des 9 critères du DSM-IV, allant de "0" (jamais) à "3" (presque tous les jours). Il a été administré à 6000 patients dans 8 cliniques de soins primaires et 7 cliniques d'obstétrique-gynécologie. En plus de faciliter le diagnostic des troubles dépressifs en se basant sur des critères, le PHQ-9 mesure également de manière fiable et valide la gravité de la dépression. Grâce à sa concision et à ses performances, le PHQ-9 est devenu un outil clinique et de recherche précieux. Il se révèle sensible pour le dépistage de la dépression, bien que moins spécifique par rapport aux diagnostics cliniques. Néanmoins, il demeure un outil de dépistage utile pour la dépression.(12,13) Selon (Sawaya et al., 2016) cité par Cheung et al. (2023) (14) le PHQ-9 a été traduit et validé dans plusieurs langues et contextes, y compris l'arabe.

Le diagnostic de la dépression majeure est posé lorsque 5 symptômes dépressifs parmi les 9 critères ont été présents pendant au moins "plus de la moitié des jours" au cours des deux dernières semaines, avec l'obligation que l'un de ces symptômes soit l'anhédonie (item 1) ou une humeur dépressive (item 2). En revanche, une autre forme de dépression est diagnostiquée si 2, 3 ou 4 symptômes dépressifs ont été présents pendant au moins "plus de la moitié des jours" au cours des deux dernières semaines, à condition que l'un des symptômes soit l'anhédonie (item 1) ou une humeur dépressive (item 2). Il est à noter qu'un des 9 critères de symptômes, à savoir "Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre" (item 9), est pris en compte s'il est présent, quel que soit la durée. Avant de poser un diagnostic définitif, le clinicien doit exclure les causes physiques de la dépression, s'assurer qu'il ne s'agit pas de deuil normal, et vérifier l'absence d'antécédents d'épisode maniaque. En tant que mesure de gravité, le score du PHQ-9 peut varier de 0 à 27, car chacun des 9 items peut être noté de 0 (jamais) à 3 (presque tous les jours). De plus, un item additionnel a été inclus à la fin

de la partie diagnostique du PHQ-9, demandant aux patients ayant coché des problèmes évoqués dans le questionnaire : "À quel point ces problèmes ont-ils rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficiles ?" Les scores PHQ-9 de 5, 10, 15 et 20 correspondent respectivement à des niveaux de dépression légère, modérée, modérément sévère et sévère.(13)

Le seuil de 10 a été choisi comme Cut-off pour prédire la présence d'une dépression.

5. Définition de certaines variables :

Afin d'éliminer toute ambiguïté, nous avons décidé de définir ces variables.

- Analphabète : une personne qui n'a pas été scolarisé y compris ceux qui ont étudié à la mosquée.
- 2800DH et 6763DH : Haut-Commissariat au Plan a défini en 2009 la classe moyenne comme tout foyer ayant un revenu mensuel situé entre 2800 et 6763 DH.(15)
- Vu en consultation : Nous avons inclus les aidants qui viennent en consultation ou pour récupérer le traitement ou changer l'ordonnance sans être accompagnés par leur proches malades.
- Durée d'évolution du trouble : durée des symptômes pas du diagnostic
- Antécédents judiciaires : garde à vue exclue
- La proposition non concerné(e) a été exclue lors du calcul des scores car elle n'est pas prise en charge par l'algorithme de calcul de SPSS.
- La proposition non concerné(e) a été remplacée par la proposition appropriée pour les questions 12 et 24, et par la proposition « Jamais/Pas du tout » pour le reste des questions.

VIII. Conditions éthiques :

- Les données ont été collectées de manière non anonyme : Cela permet de garantir qu'un aidant ne soit interrogé qu'une seule fois dans le cadre de l'étude.
- Afin de préserver la confidentialité des aidants, leurs identités ne seront pas divulguées.
- Les objectifs de l'étude ont été clairement exposés.
- Le questionnaire a été rempli après avoir obtenu le consentement verbal libre et éclairé de l'aidant.

IX. Analyse statistique :

L'ensemble de notre analyse statistique a été réalisé avec le logiciel Jamovi. Pour les variables qualitatives, nous avons effectué des descriptions en utilisant les effectifs et les pourcentages, puis les avons comparées en fonction des conditions d'application en utilisant soit le test du χ^2 , soit le test exact de Fisher. En ce qui concerne les variables quantitatives qui suivaient une distribution gaussienne, nous les avons décrites en utilisant la moyenne et l'écart type, puis nous les avons comparées en utilisant le test t de Student. Pour les variables quantitatives présentant une distribution non gaussienne, nous avons opté pour des descriptions basées sur la médiane et l'intervalle interquartile, suivies de comparaisons effectuées grâce au test non paramétrique de Mann-Whitney. Enfin, nous avons cherché à identifier les facteurs associés à une mauvaise qualité de vie en utilisant des régressions logistiques en analyse univariée et multivariée. Dans le modèle multivarié, seuls les facteurs ayant une valeur de p significativement inférieure ou égale à 0,05 en analyse univariée ont été inclus.



RESULTATS



Taille de l'échantillon : au total, 144 aidants étaient inclus dans cette étude.

I. Analyse descriptive :

1. Descriptif des données socio-démographiques des aidants :

Ce tableau présente une description des résultats des données socio-démographiques des aidants. L'âge était exprimé en moyenne (\pm Écart type), tandis que les autres données étaient représentées en effectif (pourcentage).

Tableau I: Distribution des données socio-démographiques des aidants

Variables	Descriptif
Age¹	52,6 (\pm 12,7)
Sexe²	
Féminin	89 (61,8)
Masculin	55 (38,2)
Lien avec le patient²	
Parents	80 (55,6)
Enfants	7 (4,9)
Fratrie	38 (26,4)
Conjoints	16 (11,1)
Autres	3 (2,1)
Aidant étant la mère ou autre²	
Mère	61 (42,4)
Autre	83 (57,6)
Situation matrimoniale²	
Célibataire	17 (11,8)
Marié	98 (68,1)
Divorcé/ Veuf (Ve)	29 (20,1)
Niveau scolaire²	
Analphabète	90 (62,5)
Primaire	22 (15,3)
Secondaire	21 (14,6)
Universitaire	11 (7,6)

Tableau I: Distribution des données socio-démographiques des aidants « suite »

Variables	Descriptif
Niveau socio-économique²	
<2800DH/mois	110 (76,4)
Entre 2800-6763DH/mois	26 (18,1)
>6763DH/mois	8 (5,6)
Activité professionnelle actuelle²	
Absente	91 (63,2)
Présente	53 (36,8)
Trouble psychiatrique (Actuel ou dans les antécédents)²	
Non	128 (88,9)
Oui	16 (11,1)

¹ Moyenne (\pm Écart type)

² Effectif (Pourcentage)

1.1. Age de l'aidant :

L'âge moyen des aidants dans notre étude était de 52,6 ans (\pm 12,7). La médiane était de 56 ans avec des extrêmes d'âge allant de 21 ans à 81 ans. Les aidants ont été répartis en plusieurs tranches d'âge de 10 ans.

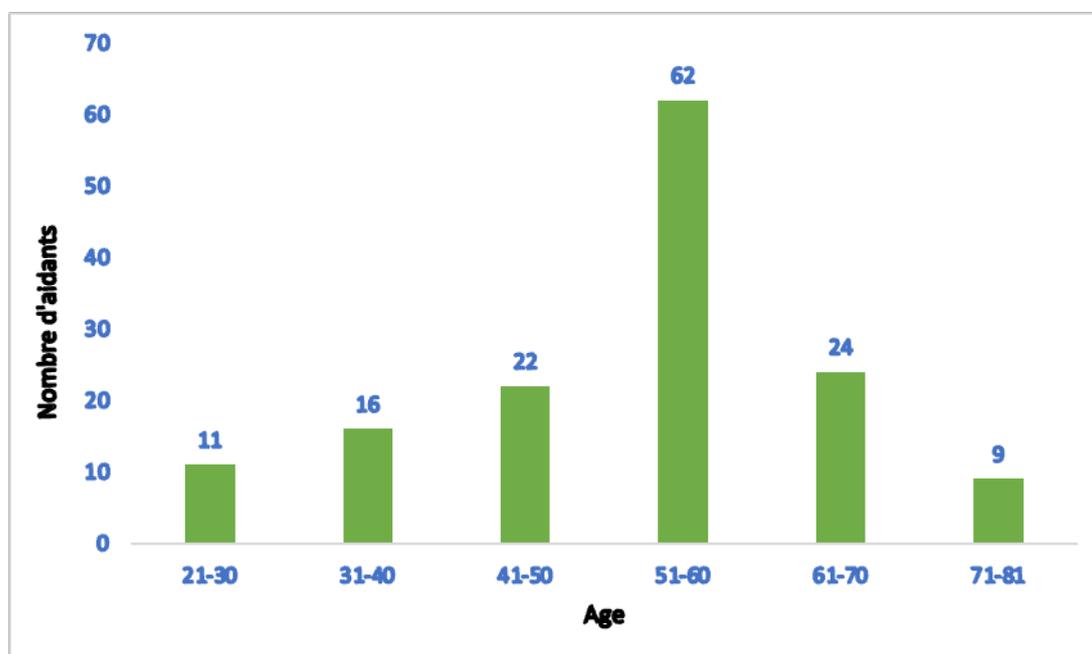


Figure 1 : Répartition de l'âge chez l'échantillon total

Les femmes avaient une moyenne d'âge de 52,2 ans ($\pm 12,5$) et une médiane de 56 ans avec des extrêmes d'âge allant de 24 ans à 81 ans, tandis que les hommes avaient une moyenne d'âge de 53,3 ans ($\pm 13,1$) et une médiane de 56 ans avec des extrêmes d'âge allant de 21 ans à 77 ans.

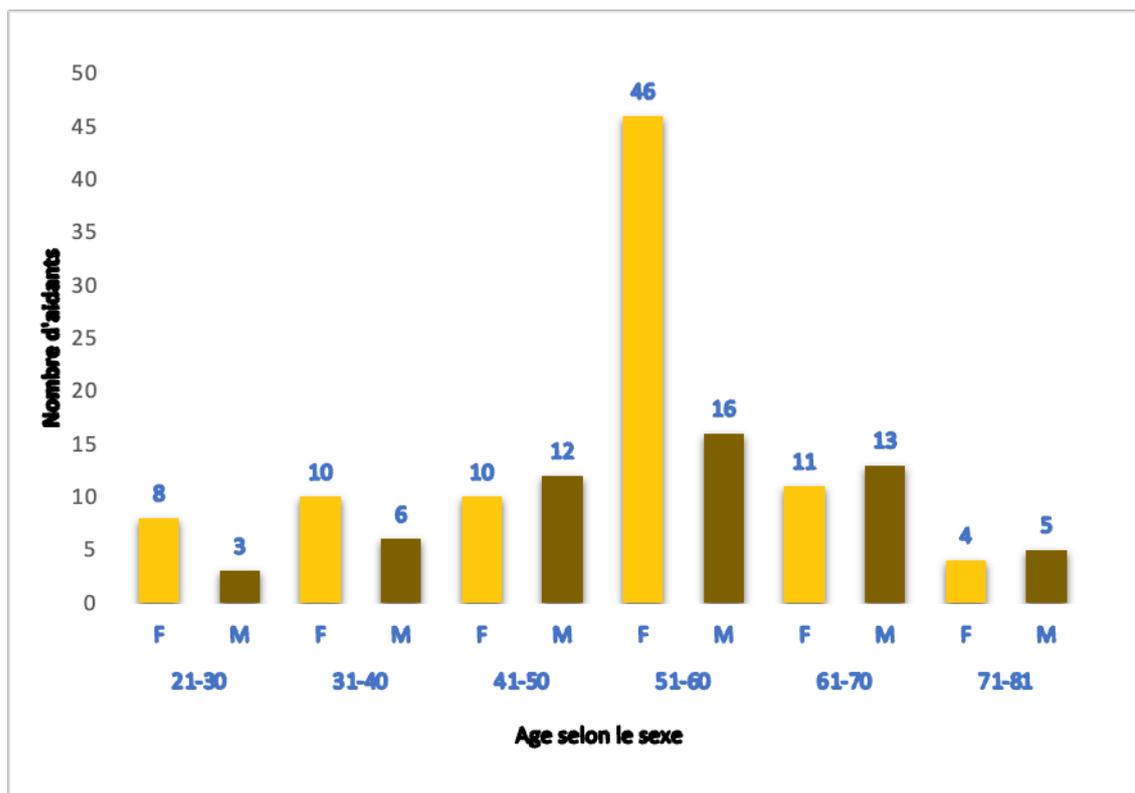


Figure 2 : Répartition de l'âge des aidants selon le sexe

1.2. Sexe de l'aidant :

Parmi les 144 aidants, 89 étaient des femmes soit 61,8% de la population étudiée, et 55 étaient des hommes soit 38,2%, avec un sexe ratio Homme / Femme de 0,61.

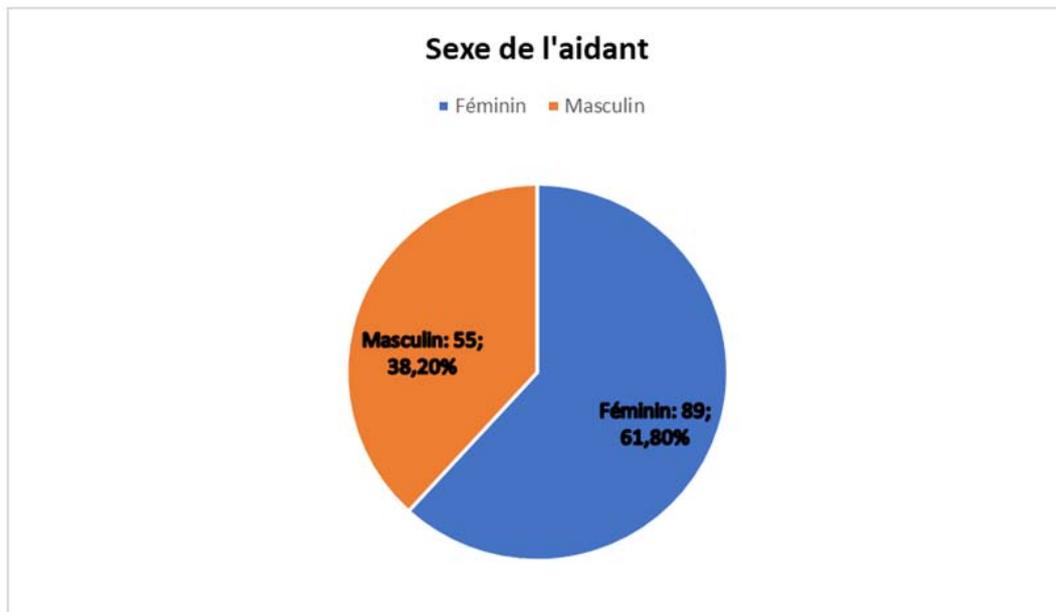


Figure 3 : Répartition des aidants selon le sexe

1.3. Lien avec le patient :

Dans notre étude 55,6% des aidants étaient des parents du patient (n=80), 26,4% étaient des fratries (n=38), 11,1% des conjoints (n=16), 4,9% des enfants (n=7) et 2,1% des aidants avaient un autre lien familial avec le patient (n=3).

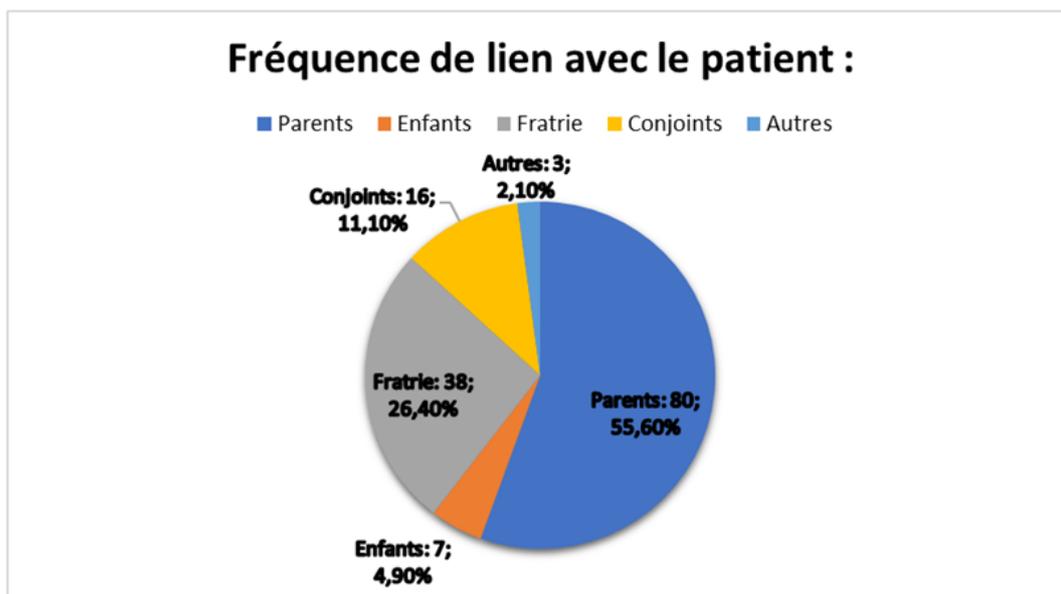


Figure 4 : Répartition des aidants selon le lien avec le patient

1.4. Situation matrimoniale de l'aidant :

Dans notre étude, on compte parmi les aidants, 68,1% qui sont marié(e)s (n=98), 11,8% célibataires (n=17) et 20,1% de divorcé(e)s ou veuf(ve)s (n=29).

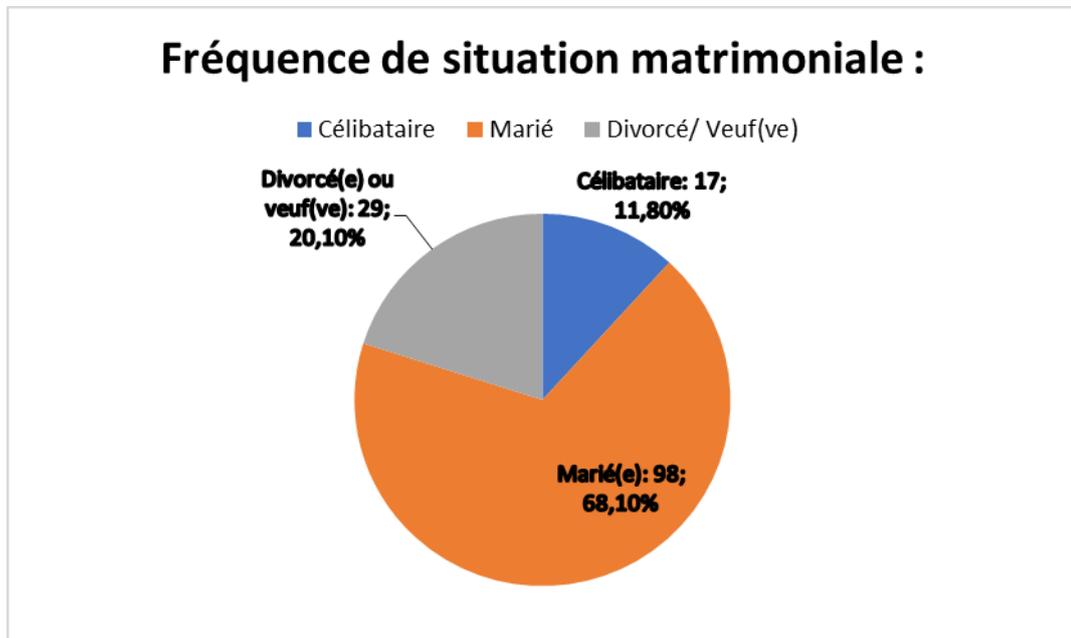


Figure 5 : Répartition des aidants selon la situation matrimoniale

1.5. Niveau scolaire de l'aidant :

Dans notre étude 62,5% des patients étaient analphabètes (n=90), 15,3% avaient un niveau primaire (n=22), 14,6% avaient un niveau secondaire (n=21) et 7,6% avaient un niveau universitaire (n=11).

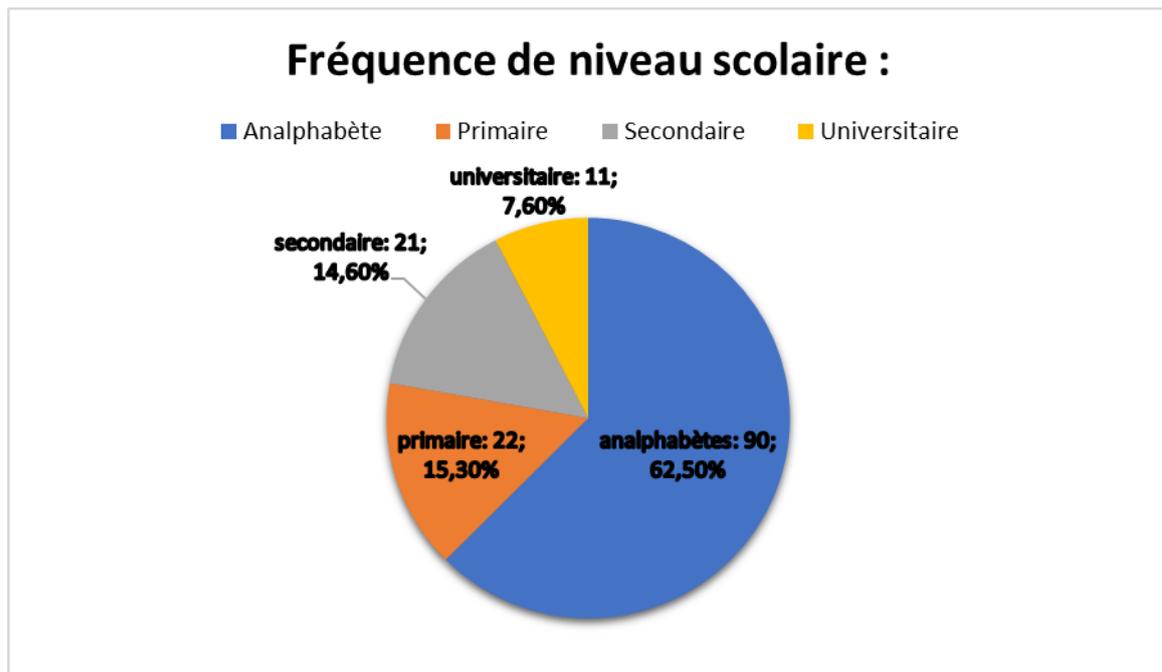


Figure 6 : Répartition des aidants selon le niveau scolaire

1.6. Niveau socio-économique de l'aidant :

L'étude du niveau socio-économique chez les aidants s'est basée sur deux salaires, 2800 DH/mois et 6763 DH/mois, qui définissent la classe moyenne selon le Haut-Commissariat au Plan (2009), Par conséquent, la population étudiée a été subdivisée en 3 classes en fonction du revenu mensuel total du foyer.

- I. <2800DH/mois : 76,4% des aidants (n=110)
- II. Entre 2800-6763DH/mois : 18,1% des aidants (n=26)
- III. ≥6763DH/mois : 5,6% des aidants (n=8)

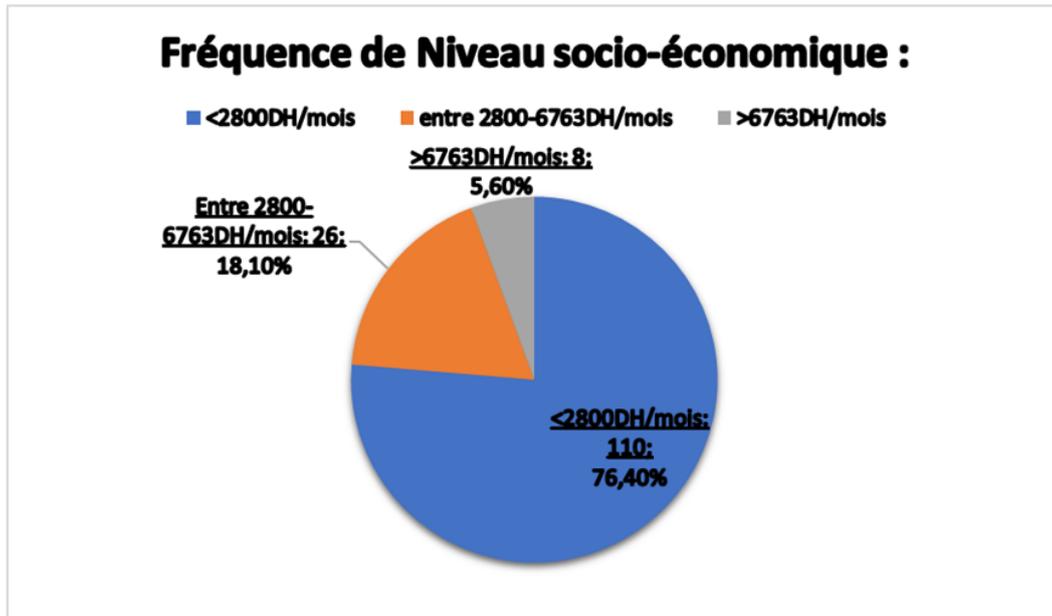


Figure 7 : Répartition des aidants selon le niveau socio-économique

1.7. Activité professionnelle de l'aidant :

L'étude de l'activité professionnelle a révélé une prédominance des aidants sans activité professionnelle, représentant 63,2% de la population étudiée (n=91), tandis que 36,8% des aidants avaient une activité professionnelle en cours (n=53).

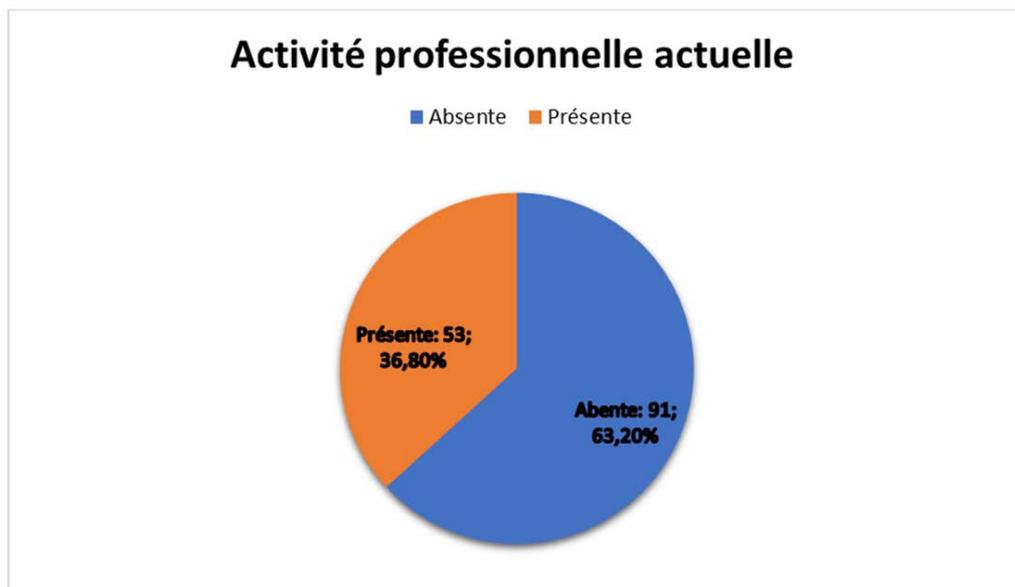


Figure 8 : Répartition des aidants selon l'activité professionnelle actuelle

1.8. Trouble psychiatrique chez l'aidant :

Parmi les aidants, 16 ont affirmé la présence d'un trouble psychiatrique actuel ou dans les antécédents, soit 11,1% du total des aidants. Cependant 128 aidants ont déclaré qu'ils n'ont jamais eu un trouble psychiatrique, soit 88,9% des aidants.

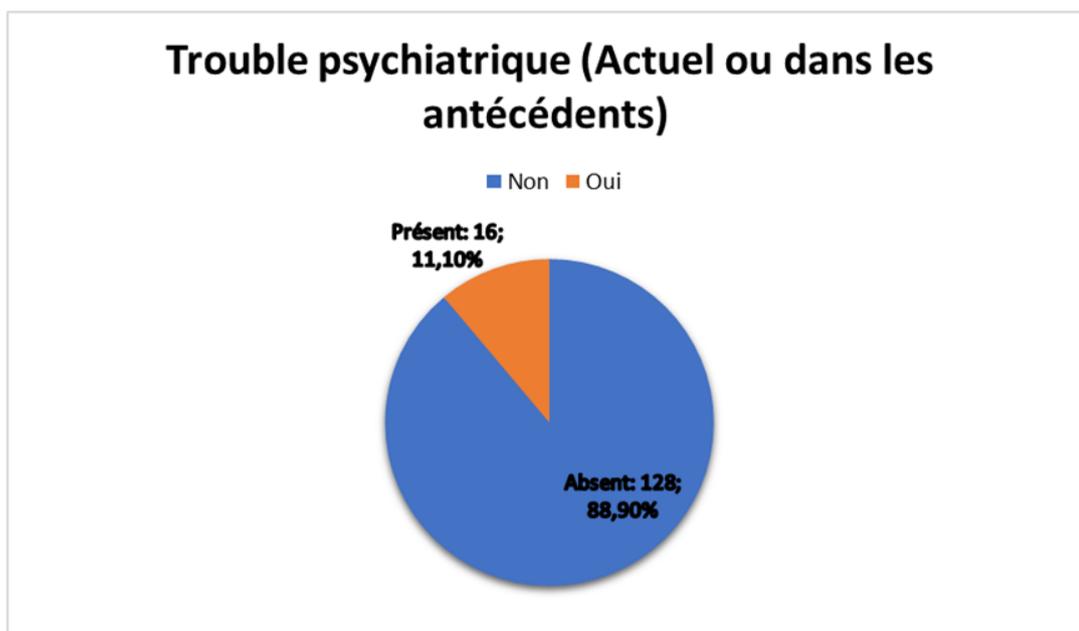


Figure 9 : Répartition des aidants selon la présence d'un trouble psychiatrique actuel ou dans les antécédents

2. Descriptif des données socio-démographiques et cliniques des patients :

Ce tableau présente une description des résultats des données socio-démographiques et cliniques des patients. Les variables étaient exprimées en effectif (pourcentage), médiane (intervalle interquartile) et moyenne (écart type).

Tableau II: Distribution des données cliniques des patients

<i>Variables</i>	<i>Descriptif</i>
Situation¹	
Hospitalisé	74 (51,4)
Vu en consultation	70 (48,6)
Sexe¹	
Féminin	33 (22,9)
Masculin	111 (77,1)

Tableau II: Distribution des données cliniques des patients « suite »

<i>Variables</i>	<i>Descriptif</i>
Statut marital¹	
Célibataire	104 (72,2)
Marié	30 (20,8)
Divorcé/ Veuf	10 (6,9)
Achat des médicaments¹	
Par la famille	130 (90,3)
Par lui-même	2 (1,4)
Par la famille et par lui-même	8 (5,6)
Jamais étaient sous traitement	4 (2,8)
Durée d'évolution du trouble en années	10 [6-17] ² / 13,1 (±10,3) ³
Durée d'évolution du trouble (Cut-off=10)¹	
<10 ans	68 (47,2)
≥10 ans	76 (52,8)
Nombre d'hospitalisations	2 [1-4] ²
Nombre d'hospitalisations¹	
0	24 (16,7)
1-5	98 (68,1)
>5	22 (15,3)
Incident grave¹	
Non	80 (55,6)
Oui	64 (44,4)
Antécédents de tentative de suicide¹	
Non	118 (81,9)
Oui	26 (18,1)
Antécédents judiciaires¹	
Non	119 (82,6)
Oui	25 (17,4)
Nombre d'incarcérations si N=25	1 [1-2] ²
Nombre d'incarcérations si N=144¹	
0	119 (82,6)
1	17 (11,8)
>1	8 (5,5)
Trouble d'usage de substances en dehors du tabac¹	
Cannabis seul	20 (13,9)
Alcool seul	1 (0,7)
Autres substances	5 (3,5)
Association de plusieurs substances	27 (18,8)
Pas de trouble	91 (63,2)

¹ Effectif (Pourcentage)

² Médiane [Intervalle interquartile]

³ Moyenne (±Écart type)

2.1. Situation du patient :

Parmi les patients inclus dans notre étude, 74 étaient hospitalisés au service au moment de l'enquête représentant ainsi 51,4% des patients, tandis que 70 patients étaient vu en consultation avec leurs aidants naturels ou les aidants étaient vus seuls soit 48,6% des patients inclus dans l'étude.

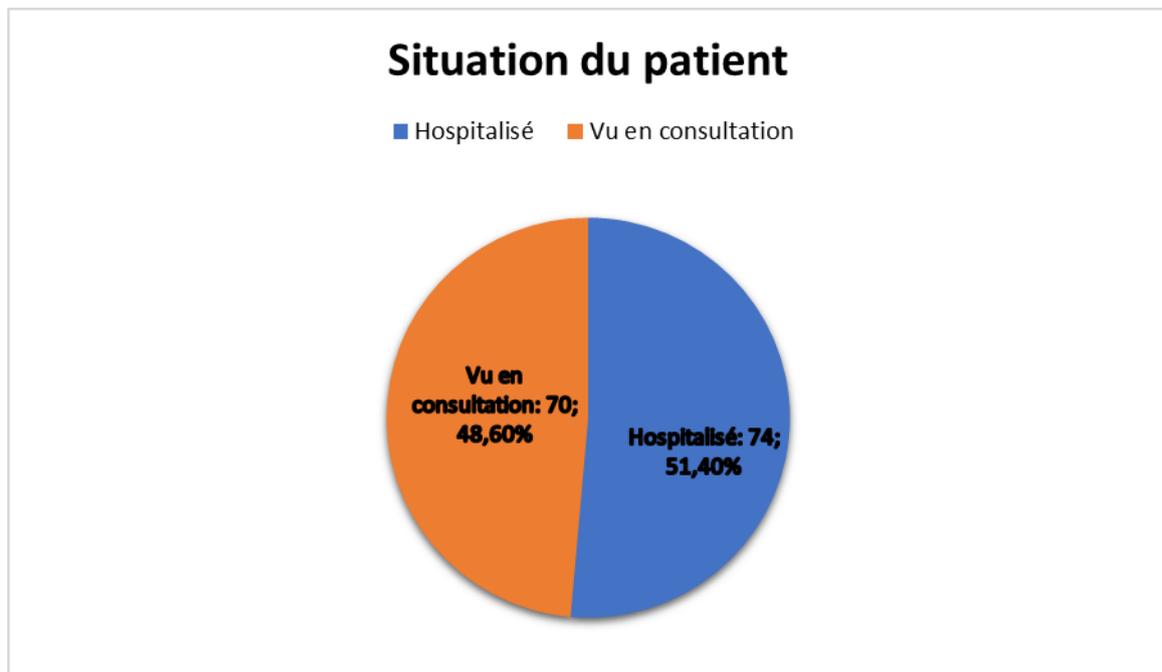


Figure 10 : Répartition des patients en fonction de leur situation

2.2. Sexe du patient :

Parmi les patients inclus dans notre étude 111 patients étaient des hommes soit 77,1% et 33 étaient des femmes soit 22,9% des patient inclus dans l'étude, avec un sexe ratio Homme/Femme de 3,36.

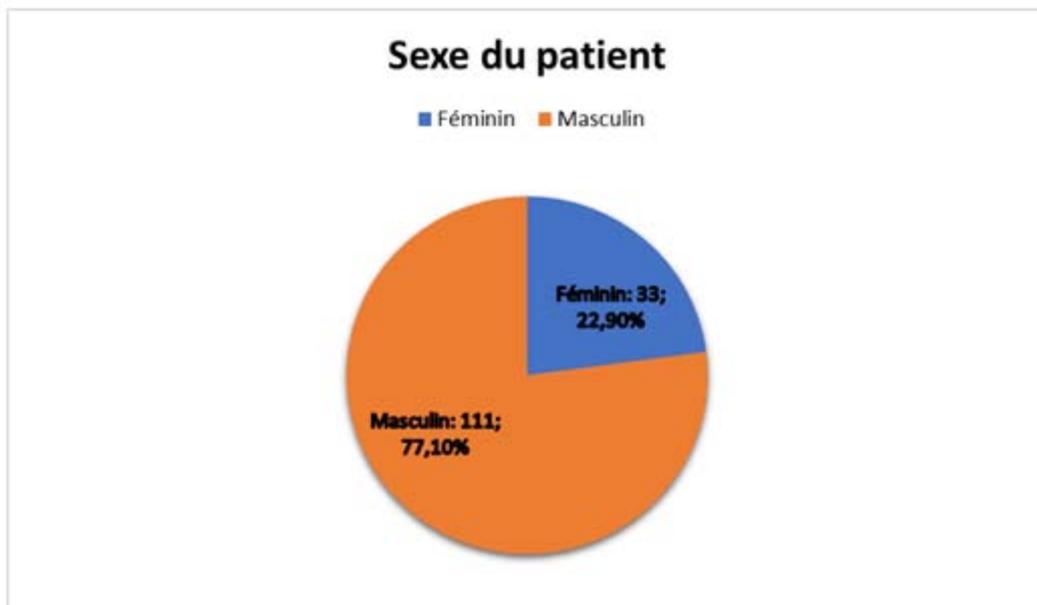


Figure 11 : Répartition des patients en fonction du sexe

Statut marital du patient :

L'analyse du statut marital des patients a mis en évidence que la majorité des patients étaient célibataires (n=104) soit 72,2%, 30 patients étaient mariés soit 20,8% et 10 patients étaient divorcés ou veufs soit 6,9% de la population étudiée.

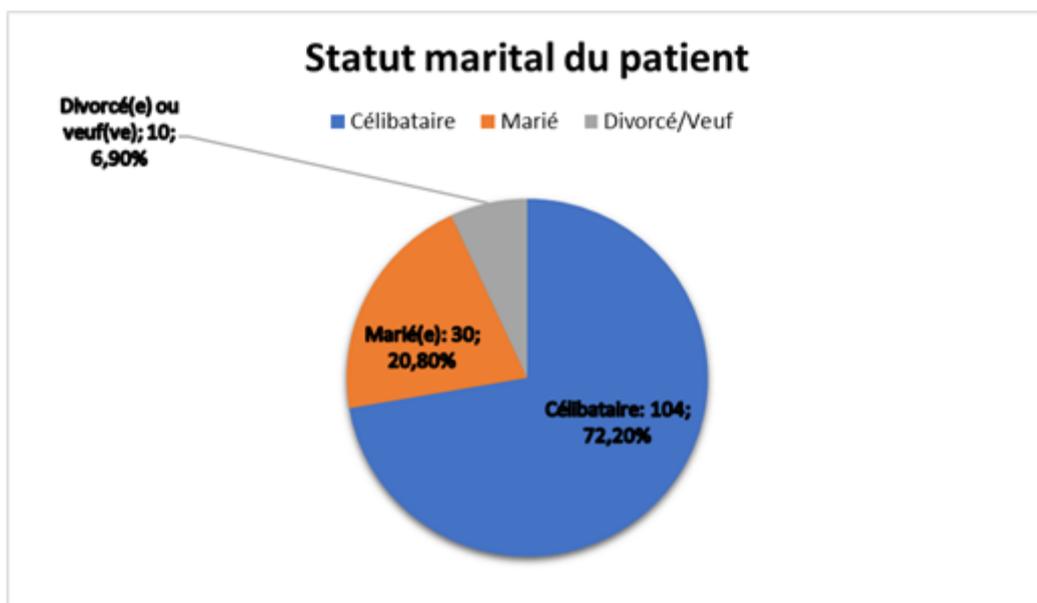


Figure 12 : Répartition des patients en fonction du statut marital

2.3. Achat des médicaments :

L'analyse de l'achat des médicaments a révélé que les médicaments psychiatriques étaient achetés par la famille dans 95,8% des cas (n=138), dans 6,9% (n=10) des cas les médicaments étaient achetés par le patient lui-même, tandis que dans 2,8% (n=4) des cas les patients et leurs familles n'avaient jamais acheté de traitement.

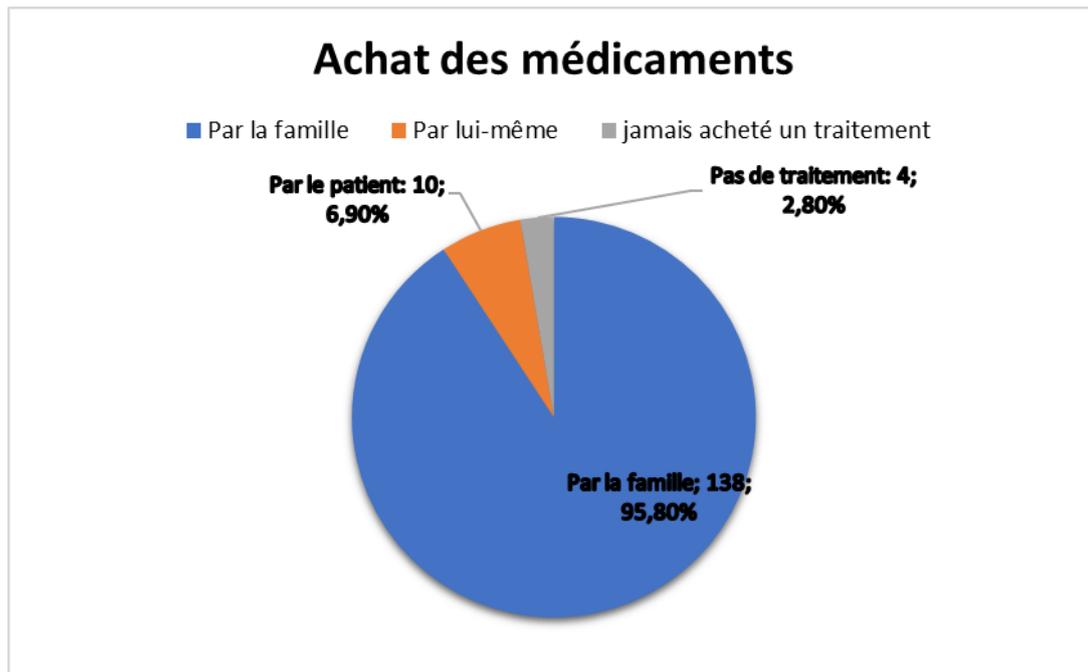


Figure 13 : Répartition des patients en fonction de l'achat des médicaments

2.4. Durée d'évolution des troubles :

Dans notre étude, la médiane de la durée d'évolution du trouble s'est établie à 10 [6-17] ans, avec 52,78% (n=76) des patients ayant une évolution des troubles égale ou supérieure à 10 ans, tandis que 47,22% (n=68) des patients ont présenté une durée d'évolution des troubles inférieure à 10 ans.

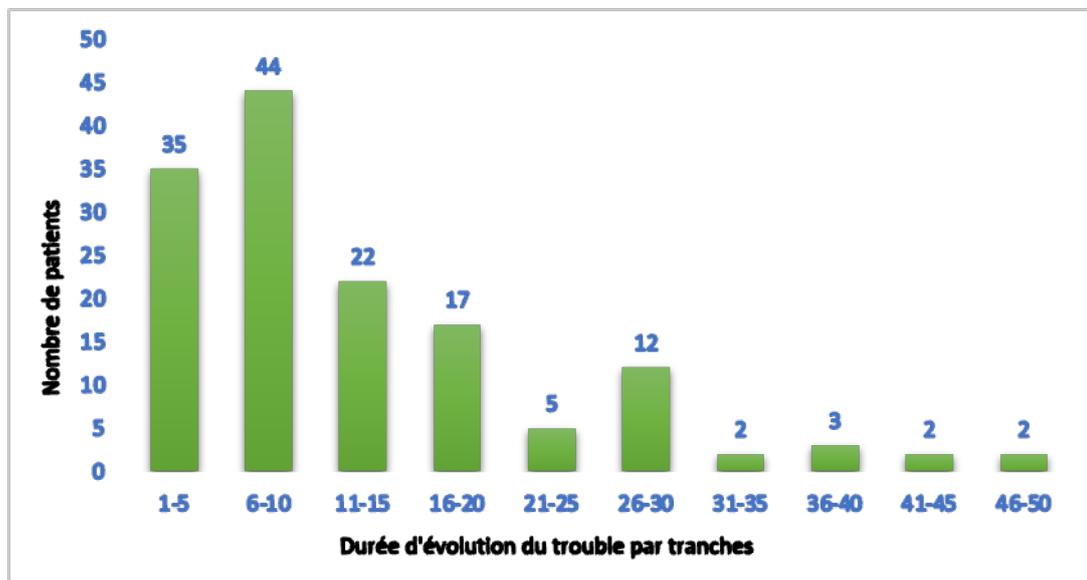


Figure 14 : Répartition des patients en fonction de la durée d'évolution du trouble [1]



Figure 15 : La durée d'évolution du trouble [2]

2.5. Nombre d'hospitalisations :

L'analyse du nombre d'hospitalisations a révélé que la médiane du nombre d'hospitalisations était de 2 [1-4]. Parmi les patients étudiés, 16,7% (n=24) n'avaient jamais été hospitalisés, 68,1% (n=98) avaient été hospitalisés moins de 5 fois, et 15,3% (n=22) avaient été hospitalisés plus de 5 fois.

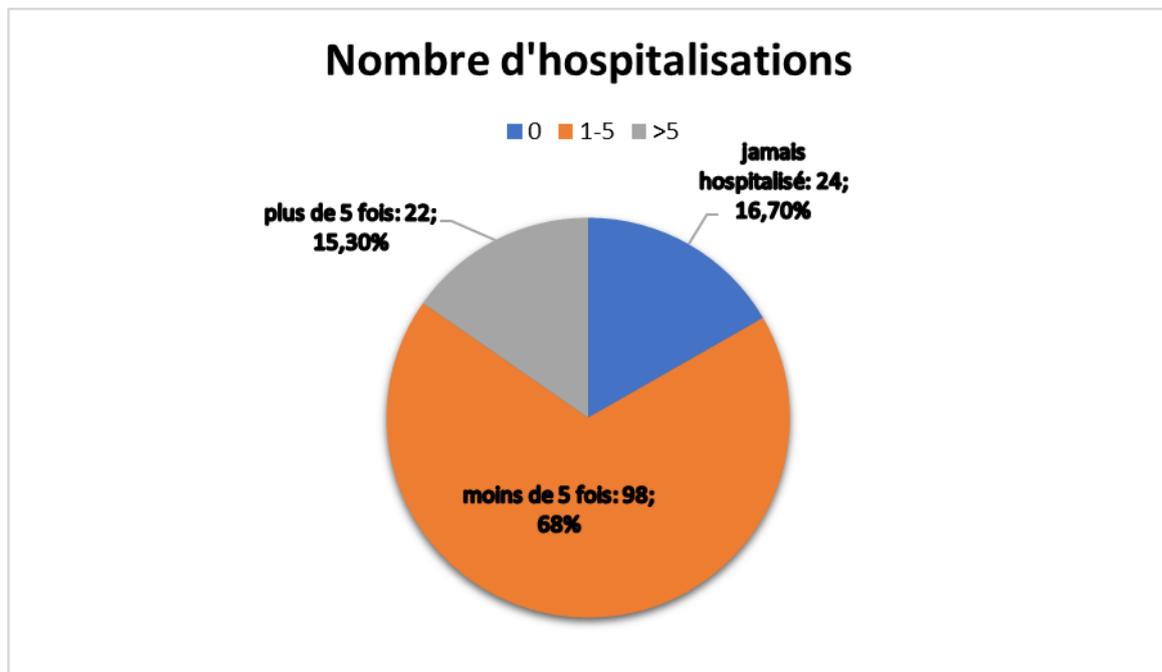


Figure 16 : Répartition des patients en fonction du nombre d'hospitalisations

2.6. Incident grave :

Parmi les patients inclus dans notre étude, 64 d'entre eux ont présenté des antécédents d'incidents graves, tels que des comportements agressifs envers leur famille ou des actes d'incendie, ce qui équivaut à 44% de l'ensemble des patients, tandis que 80 patients n'ont jamais été impliqués dans des incidents graves, représentant ainsi 55,6% de l'échantillon total

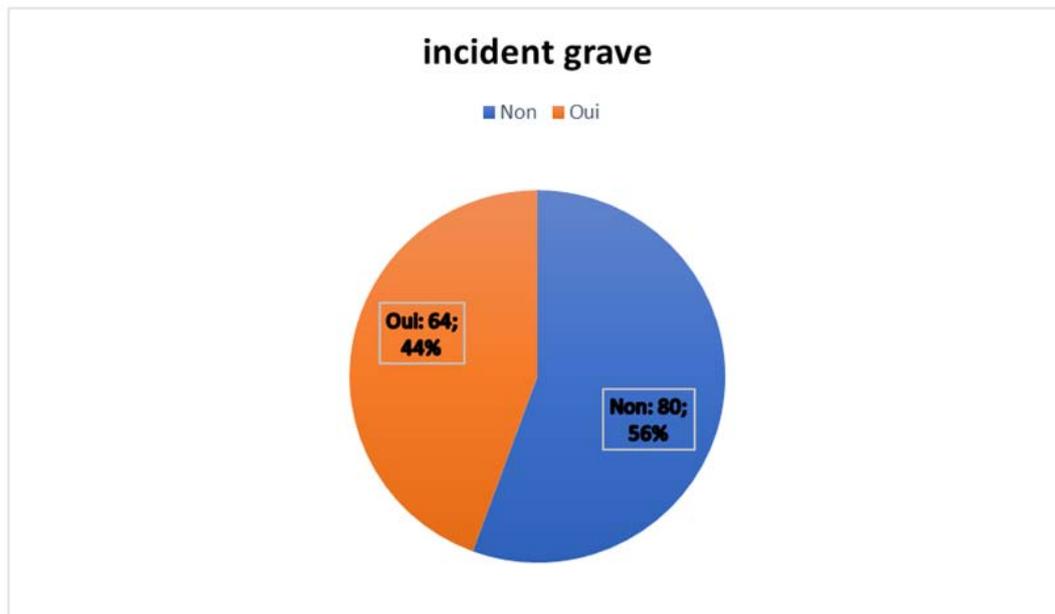


Figure 17 : Répartition des patients en fonction des incident grave dans leurs antécédents

2.7. Antécédents de tentatives de suicide :

L'analyse des antécédents de tentative de suicide a mis en évidence que 118 patients soit 81,1% n'avaient jamais fait de tentative de suicide, tandis que 26 patients soit 18,9% de l'échantillon étudié avaient déjà fait une tentative de suicide au cours de leur vie.

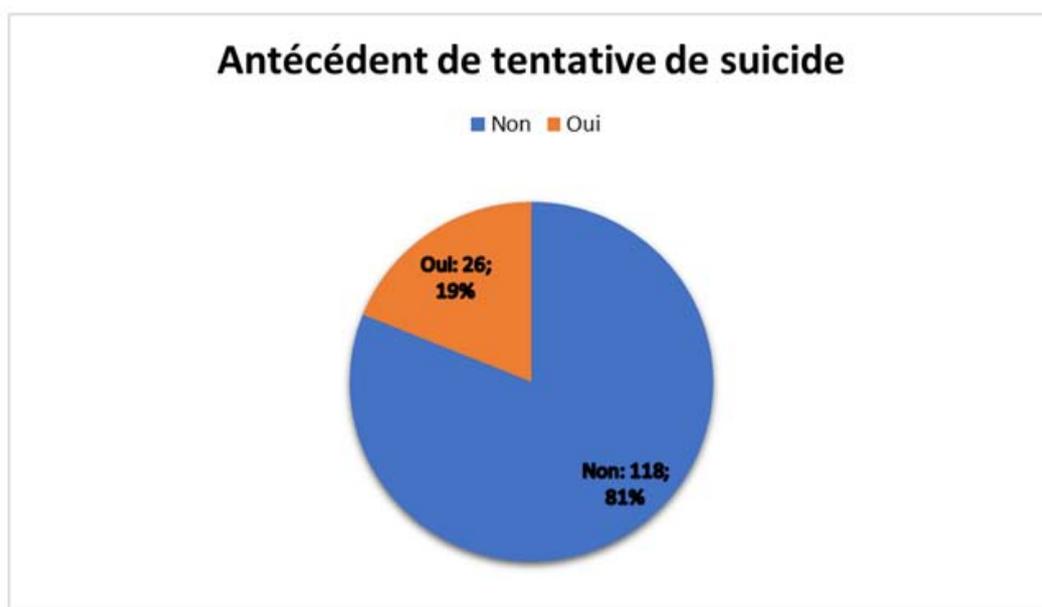


Figure 18 : Répartition des patients en fonction des antécédents de tentative de suicide

2.8. Nombre d'incarcérations :

Parmi les patients étudiés, 119 d'entre eux, soit 82,6% de la population étudiée, n'avaient pas d'antécédents judiciaires. En revanche, 25 patients, soit 17,4% des patients, avaient des antécédents judiciaires. Parmi les patients ayant des antécédents judiciaires, 17 d'entre eux, soit 11,8% de l'ensemble des patients étudiés, ont été incarcérés une seule fois, tandis que 8 patients, soit 5,5% de l'ensemble des patients étudiés, ont connu plusieurs périodes d'incarcération.

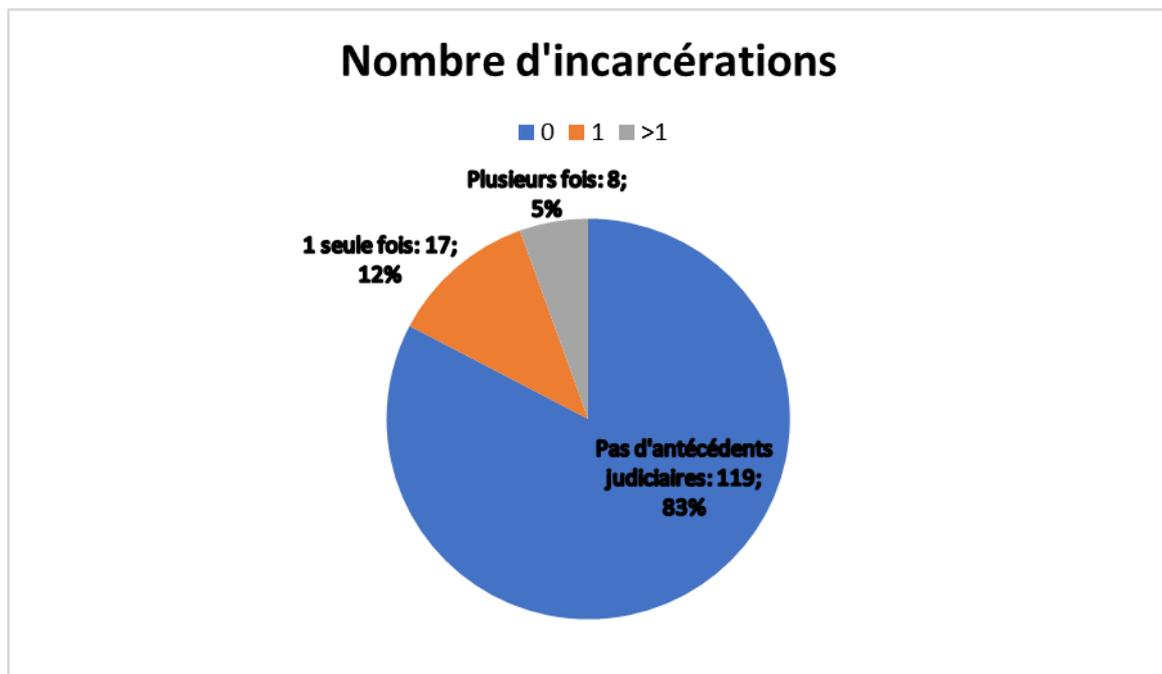


Figure 19 : Répartition des patients en fonction des antécédents judiciaires et nombre d'incarcérations

La médiane du nombre d'incarcérations chez les patients ayant des antécédents judiciaires était de 1 [1-2]. Parmi eux, 68% ont été incarcérés une seule fois, ce qui correspond à 17 patients. De plus, 4 patients, soit 16% d'entre eux, ont été incarcérés deux fois. De même 2 patients ont été incarcérés 4 fois soit 8% des patients. Il est à noter qu'un seul patient, soit 4% d'entre eux, a été incarcéré six fois. Enfin, un unique patient, également représentant 4% d'entre eux, a été incarcéré onze fois.

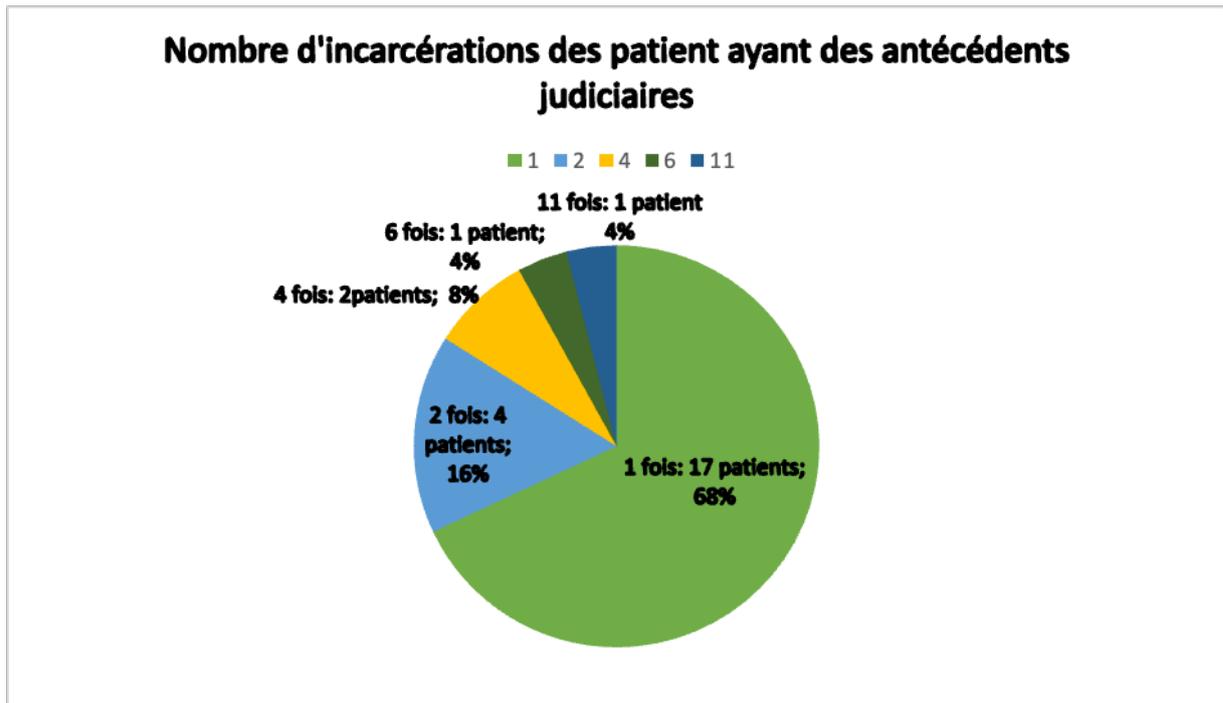


Figure 20 : Répartition des patients ayant des antécédents judiciaires en fonction du nombre d'incarcérations

2.9. Trouble d'usage de substances :

L'étude du trouble d'usage de substances a révélé que la majorité des patients, soit 63,8% d'entre eux (n=92), ne présentaient aucune addiction au moment de l'enquête. Un total de 46 patients, soit 31,9% des patients, avaient un trouble d'usage de cannabis. Par ailleurs, 18 patients (12,5% de l'ensemble des patients) étaient atteints d'un trouble d'usage d'alcool, et 23 patients (16% de l'ensemble des patients) présentaient un trouble d'usage d'autres substances.

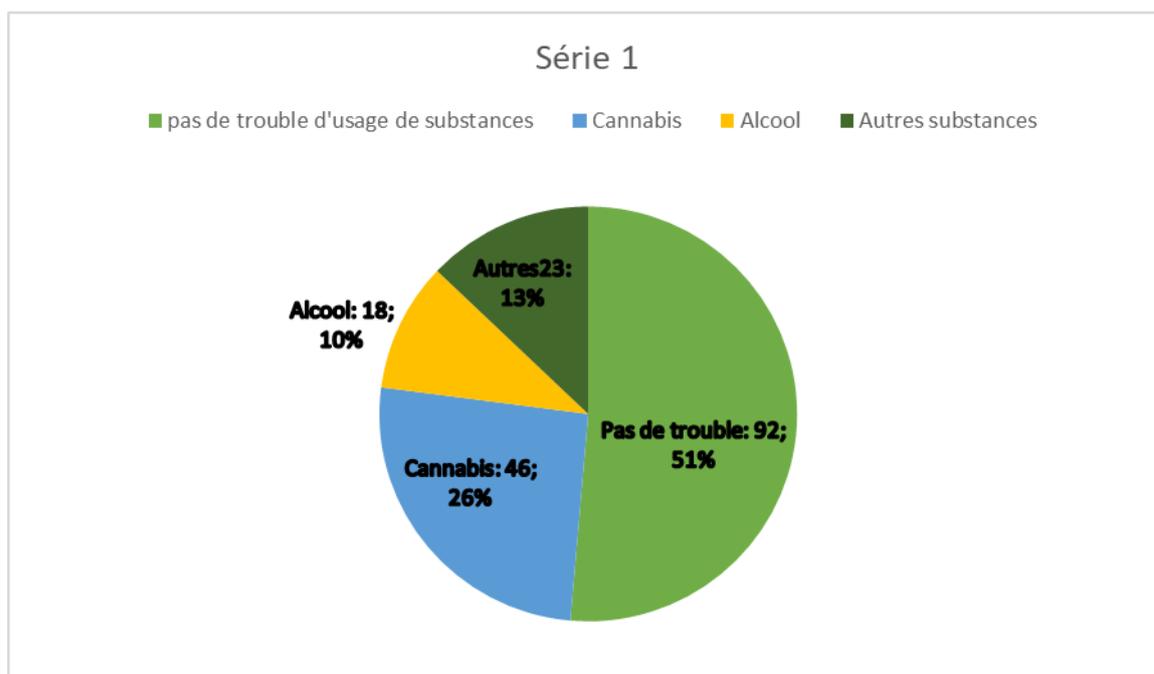


Figure 21 : Distribution des patients selon le trouble d'usage de substances

3. Descriptif des scores du questionnaire de la qualité de vie (S-CGQoL) :

3.1. Le Score total de (S-CGQoL) :

La moyenne du score total de la qualité de vie dans notre étude était de 48,3 (\pm 16,9).

Tableau III : La moyenne du score total de la qualité de vie :

Variable	Descriptif
Le Score total de S-CGQoL	48,3 (\pm 16,9) ¹

¹ Moyenne (\pm Écart type)

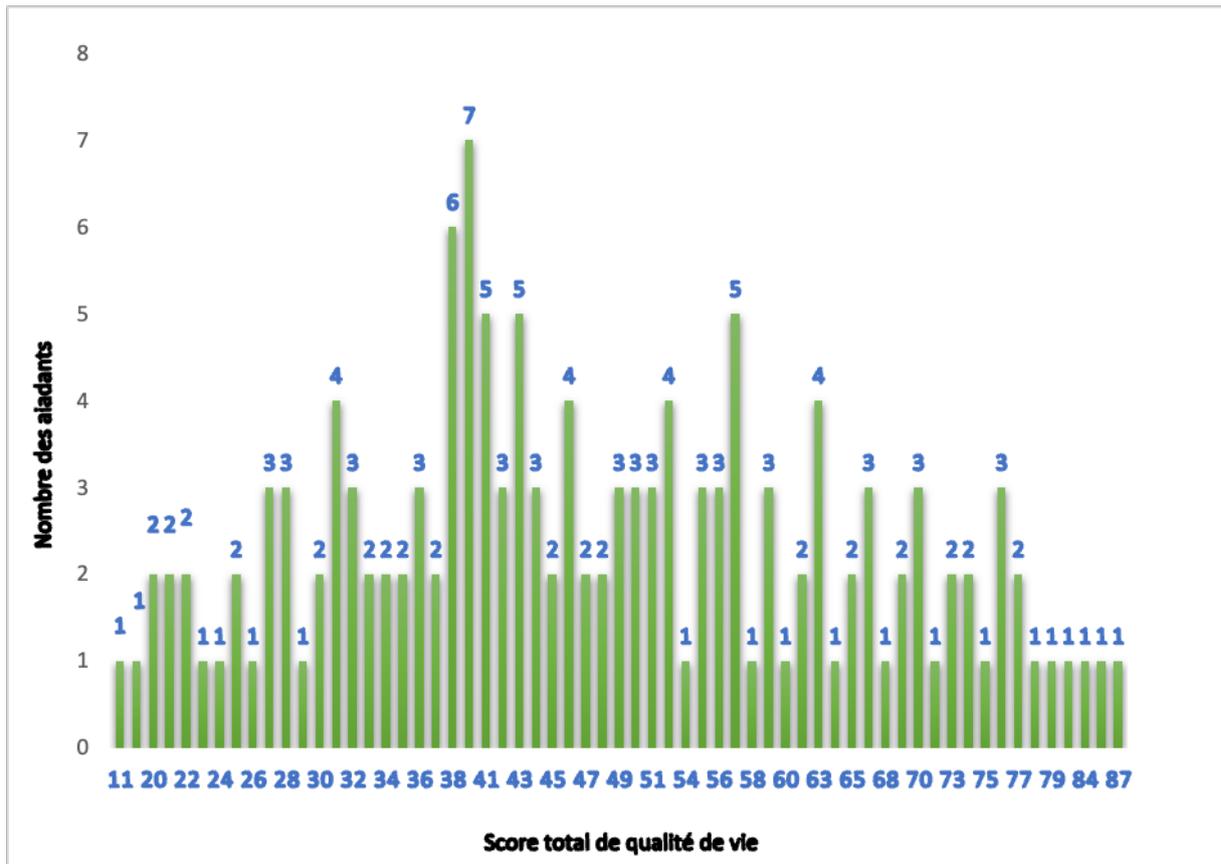


Figure 22 : Distribution des aidants selon le score total de qualité de vie

a. Classification de la qualité de vie des aidants en deux catégories :

84 aidants naturels avaient une mauvaise qualité de vie (< 50) soit 58,3% de l'échantillon total, tandis que 60 aidants naturels avaient une bonne qualité de vie (≥ 50) soit 41,7% de l'échantillon total.

Tableau IV : Classification de la qualité de vie des aidants en deux catégories :

La qualité de vie	Effectif	Pourcentage %
Mauvaise qualité de vie (Score < 50)	84	58,3
Bonne qualité de vie (Score ≥ 50)	60	41,7

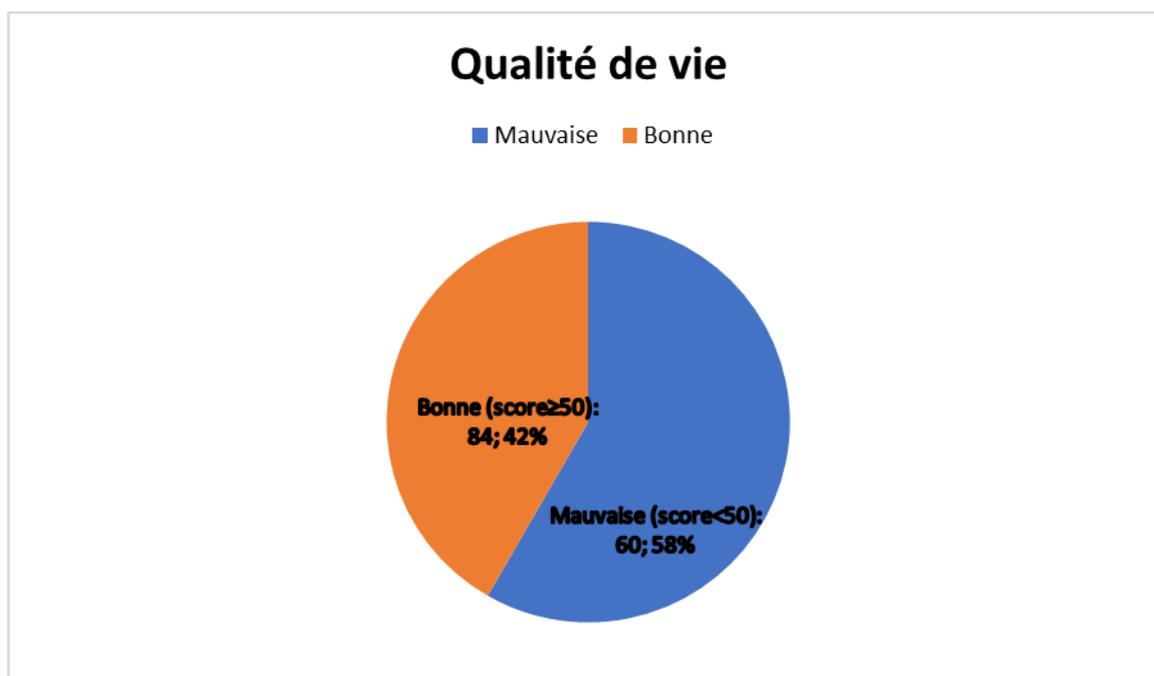


Figure 23 : Classification de la qualité de vie des aidants en bonne et mauvaise

b. Classification de la Qualité de Vie des Aidants en Cinq Catégories :

Dans notre étude, 4 aidants naturels présentaient une qualité de vie très faible (0-20), représentant ainsi 2,78% de l'échantillon total. 50 aidants naturels avaient une qualité de vie faible (21-40), soit 34,72% de l'échantillon total. De plus, 55 aidants naturels avaient une qualité de vie modérée (41-60), ce qui équivaut à 38,19% de l'échantillon total. 31 aidant naturel affichaient une bonne qualité de vie (61-80), représentant 21,53% de l'échantillon total. Enfin, 4 aidants naturels jouissaient d'une très bonne qualité de vie (81-100), soit 2,78% de l'échantillon total.

Tableau V : Classification de la Qualité de Vie des Aidants en Cinq Catégories :

La qualité de vie	Effectif	Pourcentage %
Très faible (0-20)	4	2,78
Faible (21-40)	50	34,72
Modérée (41-60)	55	38,19
Bonne (61-80)	31	21,53
Très bonne (81-100)	4	2,78

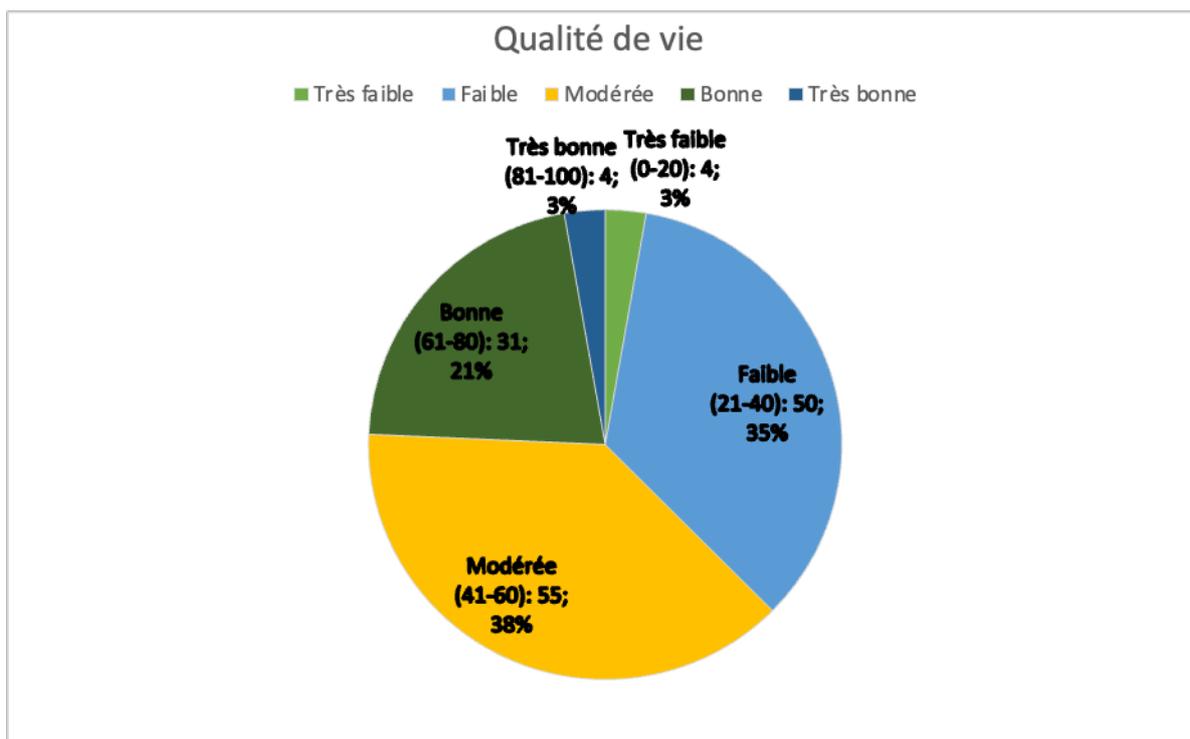


Figure 24 : Classification de la qualité de vie des aidants en 5 classes

3.2. Les scores des dimensions de S-CGQoL :

Ce tableau illustre le score de qualité de vie dans chaque dimension du questionnaire S-CGQoL :

Tableau VI : les score des dimensions de S-CGQoL

Dimensions de S-CGQoL :	Descriptif des scores	
Bien-être physique et psychologique (BE-PhPS)	40 [13,8-70] ¹	43,4 (±32,9) ²
Fardeau/retentissement sur la vie quotidienne (F-Quot)	50 [21,4-75,9] ¹	49,9 (±30,8) ²
Relations avec le conjoint (R-Conj)	16,7 [0-100] ¹	44,5 (±46,7) ²
Relations avec le personnel soignant (R-Soin)	100 [66,7-100] ¹	78,5 (±35,6) ²
Relations avec la famille (R-Fam)	50 [33,3-66,7] ¹	49,7 (±25,5) ²
Relations avec les amis (R-Ami)	50 [12,5-53,1] ¹	40,6 (±31,8) ²
Fardeau matériel (FM)	25 [0-50] ¹	31,5 (±29) ²

¹ Médiane [intervalle interquartile]

² Moyenne (±Écart type) à titre indicatif pour pouvoir comparer avec les autres articles

4. Descriptif du questionnaire de dépression (PHQ-9) :

4.1. Score total du PHQ-9 :

Ce tableau illustre le score total du questionnaire de dépression Patient health questionnaire (PHQ-9) en médiane [intervalle interquartile] :

Tableau VIII: Score total du questionnaire de dépression (PHQ-9)

Variable	Descriptif
Score total du PHQ-9	10 [3-16]

¹ Médiane [intervalle interquartile]

Nous avons établi un seuil de 10 comme Cut-off pour déterminer la présence ou l'absence de dépression. Si le score total au PHQ-9 était égal ou supérieur à 10, nous avons classé l'aidant comme étant déprimé tandis que si le score total au PHQ-9 était inférieur à 10, nous l'avons considéré comme non déprimé.

Tableau IX: Classification des aidants selon le score de la dépression

Catégorie	Variable	Effectif	Pourcentage
Déprimé	PHQ-9 ≥ 10	74	51,4
Non déprimé	PHQ-9 < 10	70	48,6

4.2. L'évaluation globale de déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs : item 10

Un dixième item supplémentaire est inclus à la fin du questionnaire comme évaluation globale de déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs : « Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont- ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s) ? »

Les gens évaluent cet item sur une échelle de 4 :

1. Pas du tout difficile(s)

2. Assez difficile(s)
3. Très difficile(s)
4. Extrêmement difficile(s)

Tableau X : Evaluation globale de la déficience fonctionnelle associé aux symptômes dépressifs

PHQ-item10	Effectif	Pourcentage du total (n=131) %
Pas du tout difficile(s)	47	35,9
Assez difficile(s)	22	16,8
Très difficile(s)	9	6,9
Extrêmement difficile(s)	53	40,5

Parmi les 131 aidants qui avaient signalé au moins un des problèmes mentionnés, la distribution des niveaux de déficience fonctionnelle associé aux symptômes dépressifs était la suivante. Un pourcentage de 35,9% parmi eux ne présentait aucune déficience fonctionnelle. En revanche, 16,8% éprouvaient une déficience considérée comme relativement difficile, tandis que 6,9% rencontraient une déficience qualifiée de très difficile. De plus, 40,5% ressentait une déficience fonctionnelle associée à leurs symptômes dépressifs, atteignant un degré d'extrême difficulté.

II. Analyse comparative :

1. Analyse comparative selon le score total de qualité de vie :

Le tableau ci-dessous présente une analyse comparative de la qualité de vie en fonction des différentes variables socio-démographiques et cliniques :

Tableau XI : Analyse comparative du score total de qualité de vie en fonction des différentes variables :

Variables	qualité de vie		Degré de signification : P value
	Mauvaise qualité de vie (score < 50)	Bonne qualité de vie (score ≥ 50)	
Âge de l'aidant ¹	51,8 (±13)	53,8 (±12,3)	0,348
Sexe de l'aidant ²			0,005 **
F	60 (71,4)	29 (48,3)	
M	24 (28,6)	31 (51,7)	
Lien avec le patient ²			0,36
Parents	52 (61,9)	28 (46,7)	
Enfants	3 (3,6)	4 (6,7)	
Fratrie	18 (21,4)	20 (33,3)	
Conjoints	9 (10,7)	7 (11,7)	
Autres	2 (2,4)	1 (1,7)	
Mère du patient ²			0,011 *
Non	41 (48,8)	42 (70)	
Oui	43 (51,2)	18 (30)	
Situation matrimoniale de l'aidant ²			0,033 *
Célibataire	10 (11,9)	7 (11,7)	
Marié	51 (60,7)	47 (78,3)	
Divorcé/ Veuf (ve)	23(27,4)	6 (10)	
Niveau scolaire de l'aidant ²			0,66
Analphabète	55 (65,5)	35 (58,3)	
Primaire	12 (14,3)	10 (16,7)	
Secondaire	10 (11,9)	11 (18,3)	
Universitaire	7 (8,3)	4 (6,7)	

Tableau XI : Analyse comparative du score total de qualité de vie en fonction des différentes variables « suite »

Variables	qualité de vie		Degré de signification : P value
Niveau socio-économique ²			0,144
<2800DH/mois	69 (82,1)	41 (68,3)	
Entre 2800-6763DH/mois	11 (13,1)	15 (25)	
>2800DH/mois	4 (4,8)	4 (6,7)	
Activité professionnelle actuelle de l'aidant ²			0,502
Absente	55 (65,2)	36 (60)	
Présente	29 (34,5)	24 (40)	
Trouble psychiatrique chez l'aidant ²			0,185
Non	72 (85,7)	56 (93,3)	
Oui	12 (14,3)	4 (6,7)	
Situation du patient ²			0.021 *
Hospitalisé	50 (59,5)	24 (40)	
Vu en consultation	34 (40,5)	36 (60)	
Sexe du patient ²			0,763
F	20 (23,8)	13 (21,7)	
M	64 (72,6)	47 (78,3)	
Statut marital du patient ²			0.151
Célibataire	64 (76,2)	40 (66,7)	
Marié	13 (15,5)	17 (28,3)	
Divorcé/ Veuf (Ve)	7 (8,3)	3 (5)	
Achat des médicaments ²			0,382
Par la famille	78 (92,9)	52 (86,7)	
Par lui même	0 (0)	2 (3,3)	
Par la famille et par lui même	4 (4,8)	58 (96,7)	
Pas sous traitement	2 (2,4)	2 (3,3)	
Durée d'évolution du trouble (Cut-off=15) ²			0,028 *
≤15	65 (77,4)	36 (60)	
>15	19 (22,6)	24 (40)	
Durée d'évolution du trouble (Cut-off=5) ²			0,58
<5 ans	17 (20,2)	10 (16,7)	
≥5 ans	67 (79,8)	50 (83,3)	

Tableau XI : Analyse comparative du score total de qualité de vie en fonction des différentes variables « suite »

Variables	qualité de vie		Degré de signification : P value
Durée d'évolution du trouble (Cut-off=5) ²			0,58
<5 ans	17 (20,2)	10 (16,7)	
≥5 ans	67 (79,8)	50 (83,3)	
Nombre d'hospitalisations ²			0,283
0	11 (13,1)	13 (21,7)	
1-5	58 (69)	40 (66,7)	
>5	15 (17,9)	7 (11,7)	
Incident grave ²			0,054
Non	41 (48,8)	39 (65)	
Oui	43 (51,2)	21 (35)	
Antécédents de tentatives de suicide ²			<0,001 ***
Non	60 (71,4)	58 (96,7)	
Oui	24 (28,6)	2 (3,3)	
Antécédents judiciaires ²			0,527
Non	68 (81)	51 (85)	
Oui	16 (19)	9 (15)	
Trouble d'usage de substances ²			0,489
Non	51 (60,7)	40 (66,7)	
Oui	33 (39,3)	20 (33,3)	
PHQ-9 Cut-off (≥10) Déprimé ou Non déprimé ²			<0,001 ***
Non déprimé	21 (25)	48 (81,7)	
Déprimé	63 (75)	11 (18,3)	
La déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs chez l'aidant ²			0,002 **
Pas du tout difficile(s)	22 (26,8)	25 (51)	
Assez difficile(s)	11 (13,4)	11 (22,4)	
Très difficile(s)	6 (7,3)	3 (6,1)	
Extrêmement difficile(s)	43 (52,4)	10 (20,4)	

¹ Moyenne (±Écart type)

² Effectif (% par colonne)

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

Il existe une association statistiquement significative ($p \leq 0,05$) entre la qualité de vie des aidants et les variables suivantes :

- le sexe de l'aidant
- L'aidant étant la mère
- La situation matrimoniale de l'aidant
- La situation du patient
- La durée d'évolution des troubles
- Les antécédents de tentatives de suicide
- Le statut déprimé : oui/non de l'aidant
- La déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs chez l'aidant

2. Analyse comparative du score des dimensions de qualité de vie en fonction des variables suivantes :

2.1. Situation matrimoniale de l'aidant :

Une différence significative ($p \leq 0,05$) a été observée dans les valeurs de qualité de vie des trois dimensions de S-CGQoL en fonction de la situation matrimoniale de l'aidant. Dans la première dimension, qui concerne le bien-être psychologique et physique, une différence significative a été constatée entre les aidants célibataires et mariés ($P=0,023$). Dans la deuxième dimension, relative au fardeau et à son impact sur la vie quotidienne, une différence significative a été relevée entre les aidants célibataires et ceux qui sont divorcés ou veufs ($P=0,023$). Enfin, dans la troisième dimension, qui traite des relations avec le conjoint, des différences significatives ont été notées entre les aidants célibataires et mariés ($P<0,001$), ainsi qu'entre les aidants mariés et ceux qui sont divorcés ou veufs ($P<0,001$).

Tableau XII : Score des dimensions de S-CGQoL selon la situation matrimoniale de l'aidant

Dimensions	Situation matrimoniale de l'aidant ¹			P value
	Célibataire	Marié	Divorcé/Veuf (Ve)	
Bien-être psychologique et physique	60 [50-90] ²	35[15-70]	25[10-60]	0,024*
Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne	71,4[53,6-82,1] ³	48,2[21,4-74,1]	42,9[17,9-64,3]	0,028*
Relations avec le conjoint	0[0-0] ⁴	100[8,33-100]	0[0-0]	<0,001***
Relations avec l'équipe soignante	100[66,7-100]	100[66,7-100]	100[83,3-100]	0,527
Relations avec la famille	50[33,3-66,7]	50[33,3-66,7]	41,7[33,3-50]	0,613
Relations avec les amis	50[12,5-62,5]	50[12,5-62,5]	37,5[0-50]	0,598
Fardeau matériel	12,5[0-25]	37,5[0-50]	25[0-50]	0,127

¹ Médiane [intervalle inter quartile]

² Célibataire Vs Marié (P=0,023)

³ Célibataire Vs Divorcé/Veuf (Ve) (P=0,023)

⁴ Célibataire Vs Marié (P<0,001) et Marié Vs Divorcé/Veuf (Ve) (P<0,001)

*p<0,05

***p<0,001

2.2. Niveau scolaire de l'aidant :

Il existe une différence statistiquement significative ($p \leq 0,05$) dans les valeurs de qualité de vie entre la 1ère et la 7ème dimension du S-CGQoL, en fonction du niveau scolaire de l'aidant. Plus précisément, dans la 1ère dimension qui évalue le bien-être psychologique et physique, une différence significative a été observée entre les aidants analphabètes et ceux ayant un niveau scolaire secondaire (P=0,005). De même, dans la 7ème dimension, qui traite du fardeau matériel, une différence significative a été notée entre les aidants analphabètes et ceux ayant un niveau scolaire secondaire (P=0,022).

Tableau XIII : Score des dimensions de S-CGQoL selon le niveau scolaire de l'aidant

Dimensions	Niveau scolaire de l'aidant ¹				P value
	Analphabète	Primaire	Secondaire	Universitaire	
Bien-être psychologique et physique	30[10-65] ²	50[7,5-83,8]	70[50-90]	55[25-60]	0,015*
Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne	42,9[15,2-71,4]	51,8[30,4-74,1]	57,1[42,9-85,7]	78,6[42,9-85,7]	0,053
Relations avec le conjoint	33,3[0-100]	37,5[0-100]	0[0-100]	0[0-54.2]	0,423
Relations avec l'équipe soignante	100[66,7-100]	100[87,5-100]	100[83,3-100]	83,3[54,2-100]	0,567
Relations avec la famille	41,7[33,3-64,6]	33,3[33,3-66,7]	50[50-83,3]	58,3[37,5-79,2]	0,121
Relations avec les amis	37,5[3,13-50]	50[12,5-71,9]	50[25-75]	50[6,25-81,3]	0,332
Fardeau matériel.	50[0-50] ³	18,8[0-50]	0[0-25]	37,5[18,8-50]	0,025*

¹ Médiane [intervalle inter quartile]

² Analphabète Vs Secondaire (P=0,005)

³ Analphabète Vs Secondaire (P=0,022)

*p<0,05

2.3. Niveau socio-économique de l'aidant :

Une différence statistiquement significative ($p \leq 0,05$) a été mise en évidence dans les valeurs de qualité de vie des 1ère, 2ème et 5ème dimension du S-CGQoL en fonction du niveau socio-économique de l'aidant. Plus précisément, dans la 1ère dimension qui évalue le bien-être psychologique et physique, une différence significative a été constatée entre les aidants percevant moins de 2800 DH/mois et ceux ayant un revenu situé entre 2800 et 6763 DH/mois (P=0,046). Dans la 2ème dimension qui évalue le fardeau et son impact sur la vie quotidienne, une différence significative a été relevée entre les aidants percevant moins de 2800 DH/mois et ceux ayant un revenu situé entre 2800 et 6763 DH/mois (P=0,012). En ce qui concerne la 5ème

dimension qui concerne les relations avec la famille, des différences significatives ont été observées entre les aidants percevant moins de 2800 DH/mois et ceux gagnant entre 2800–6763 DH/mois ($P < 0,001$), ainsi qu'entre les aidants percevant moins de 2800 DH/mois et ceux gagnant plus de 6763 DH/mois ($P = 0,004$).

Tableau XIV : Score des dimensions de S-CGQoL selon le niveau socio-économique de l'aidant

Dimensions	Niveau socio-économique ¹			P value
	<2800DH/mois	Entre 2800–6763DH/mois	>6763DH/mois	
Bien-être psychologique et physique	35[10–70] ²	62,5[32,5–88,8]	35[0–56,3]	0,045*
Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne	46,4[17,9–71,4] ³	73,2[40,2–85,7]	32,1[12,5–75,9]	0,015*
Relations avec le conjoint	8,33[0–100]	8,33[0–100]	87,5[58,3–100]	0,215
Relations avec l'équipe soignante	100[66,7–100]	100[93,8–100]	87,5[66,7–100]	0,397
Relations avec la famille	33,3[33,3–50] ⁴	66,7[52,1–89,6]	75[64,6–100]	<0,001***
Relations avec les amis	37,5[0–50]	50[28,1–75]	62,5[40,6–75]	0,065
Fardeau matériel.	25[0–50]	18,8[0–50]	25[0–40,6]	0,466

¹ Médiane [intervalle inter quartile]

² <2800DH/mois Vs Entre 2800–6763DH/mois ($P = 0,046$)

³ <2800DH/mois Vs Entre 2800–6763DH/mois ($P = 0,012$)

⁴ <2800DH/mois Vs Entre 2800–6763DH/mois ($P < 0,001$) et 2800DH/mois Vs >6763DH/mois ($P = 0,004$)

* $p < 0,05$

*** $p < 0,001$

2.4. Lien avec le patient :

Une différence statistiquement significative ($p \leq 0,05$) a été observée dans les valeurs de qualité de vie entre la 1ère et la 2ème dimension du S-CGQoL en fonction de la relation avec le patient. Plus précisément, dans la 1ère dimension qui évalue le bien-être psychologique et physique, une différence significative a été constatée entre les aidants qui sont des parents et ceux qui sont des membres de la fratrie ($P=0,005$). De même, dans la 2ème dimension qui évalue le fardeau et son impact sur la vie quotidienne, des différences significatives ont été relevées entre les aidants parents et les aidants enfants ($P=0,036$), ainsi qu'entre les aidants parents et les membres de la fratrie ($P<0,001$).

Tableau XV : Score des dimensions de S-CGQoL selon le Lien avec le patient

Dimensions	Lien avec le patient ¹					P value
	Parents	Enfants	Fratrie	Conjoints	Autres	
Bien-être psychologique et physique	25[10-61,3] ²	85[50-95]	55[40-80]	40[23,8-71,3]	35[30-57,5]	0,002**
Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne	35,7[14,3-64,3] ³	78,6[69,6-92,9]	69,6[50,9-81,3]	57,1[26,8-75,9]	42,9[42,9-64,3]	<0,001***
Relations avec le conjoint	41,7[0-100]	0[0-16,7]	0[0-100]	33,3[0-87,5]	0[0-0]	0,237
Relations avec l'équipe soignante	100[72,9-100]	100[100-100]	100[83,3-100]	66,7[0-100]	100[91,7-100]	0,229
Relations avec la famille	41,7[33,3-66,7]	50[33,3-66,7]	50[33,3-66,7]	41,7[33,3-58,3]	33,3[33,3-33,3]	0,555
Relations avec les amis	50[9,38-53,1]	25[12,5-56,3]	50[12,5-59,4]	50[25-50]	25[12,5-50]	0,941
Fardeau matériel.	37,5[0-50]	50[0-50]	12,5[0-25]	43,8[21,9-50]	25[12,5-62,5]	0,112

¹ Médiane [intervalle inter quartile]

² Parents Vs Fratrie ($P=0,005$)

³ Parents Vs Enfants ($P=0,036$) et Parents Vs Fratrie ($P<0,001$)

** $p<0,01$

*** $p<0,001$

2.5.

Il existe une différence significative ($p \leq 0,05$) entre les valeurs de qualité de vie dans la 1^{ère} et la 2^{ème} dimension de S-CGQoL comparées en fonction du lien avec le patient (mère ou autres). Dans la 1^{ère} dimension (Bien-être psychologique et physique) : il existe une différence significative entre Mère Vs Autres ($P < 0,001$). Dans la 2^{ème} dimension (Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne) : il existe une différence significative entre Mère Vs Autres ($P < 0,001$).

Tableau XVI : Score des dimensions de S-CGQoL selon le Lien avec le patient (mère ou autres)

Dimensions	Lien avec le patient ¹		P value
	Mère	Autres	
Bien-être psychologique et physique	20[10-45] ²	50[27,5-80]	<0,001***
Fardeau et retentissement sur la vie quotidienne	32,1[14,3-53,6] ³	64,3[42,9-78,6]	<0,001***
Relations avec le conjoint	0[0-100]	33,3[0-100]	0,443
Relations avec l'équipe soignante	100[66,7-100]	100[66,7-100]	0,814
Relations avec la famille	50[33,3-66,7]	41,7[33,3-66,7]	0,977
Relations avec les amis	50[12,5-50]	50[12,5-68,8]	0,387
Fardeau matériel.	37,5[0-50]	25[0-50]	0,134

¹ Médiane [intervalle inter quartile]

² 1Mère Vs Autres ($P < 0,001$)

³ Mère Vs Autres ($P < 0,001$)

*** $p < 0,001$

3. Facteurs associés à la mauvaise qualité de vie des aidants

Ce tableau illustre les résultats de l'analyse univariée et bivariée de l'association des différentes variables avec la qualité de vie.

Tableau XVII :Facteurs associés à la mauvaise qualité de vie

Variables		ORbrut	IC à 95%	P value	OR ajusté	IC à 95%	P value
Age en années de l'aidant		0,98	0,96-1,01	0,34			
Sexe de l'aidant F-M		2,67	1,33-5,34	0,005**	2,22	0,58-8,49	0,24
Lien avec le patient	Enfants Parents -	0,4	0,08-1,93	0,25			
	Fratrie Parents -	0,48	0,22-1,06	0,071			
	Conjoints Parents -	0,69	0,23-2,06	0,5			
	Autres Parents -	1,07	0,09-12,41	0,95			
Mère/Autres		2,44	1,21-4,92	0,012*	0,96	0,23-3,98	0,95
Situation matrimoniale de l'aidant	Célibataire - Marié	1,32	0,46-3,74	0,6	5,14	1-26,37	0,049*
	Divorcé/ veuf (Ve) - Marié	3,53	1,32-9,43	0,01*	7,06	1,71-29,14	0,007**
Niveau scolaire de l'aidant	Analphabète - Universitaire	0,89	0,24-3,29	0,87			
	Primaire - Universitaire	0,68	0,15-3,04	0,61			
	Secondaire - Universitaire	0,51	0,11-2,32	0,39			
Niveau socio-économique de l'aidant	Entre 2800-6763DH/mois - <2800DH/mois	0,43	0,18-1,04	0,061			
	>6763DH/mois - <2800DH/mois	0,59	0,14-2,5	0,47			
Activité professionnelle actuelle de l'aidant Absente-Présente		1,26	0,63-2,51	0,5			
Trouble psychiatrique de l'aidant Oui-Non		2,33	0,71-7,63	0,16			

Tableau XVII :Facteurs associés à la mauvaise qualité de vie « suite »

Variables		ORbrut	IC à 95%	P value	OR ajusté	IC à 95%	P value
Situation hospitalière du patient Hospitalisé – Vu en consultation		2,2	1,12–4,34	0,02*	2,02	0,76–5,37	0,15
Sexe du patient M – F		0,88	0,4–1,96	0,76			
Statut marital du patient	Célibataire – Marié	2,09	0,91–4,77	0,07			
	Divorcé/ veuf (Ve) – Marié	3,05	0,65– 14,14	0,15			
Patient sous traitement Non – Oui		0,7	0,09–5,17	0,73			
Durée d'évolution des troubles en années		0,95	0,92–0,99	0,01*			
Durée d'évolution des troubles > 15 ans Oui – Non		0,43	0,21–0,9	0,026*	0,99	0,31–3,11	0,98
Nombre d'hospitalisations		1,1	0,99–1,21	0,06			
Incident grave par le patient Oui – Non		1,95	0,98–3,85	0,055			
Antécédents de tentatives de suicide Oui – Non		11,6	2,62– 51,31	0,001**	8,3	1,51– 45,44	0,015*
Antécédents judiciaires Oui – Non		1,33	0,54–3,26	0,52			
Nombre d'incarcérations		1,06	0,79–1,43	0,69			
Trouble d'usage de substances Oui – Non		1,23	0,61–2,46	0,55			
Déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs : item 10 du PHQ-9	Assez difficile(s) – Pas du tout difficile(s)	1,13	0,41–1,13	0,8			
	Très difficile(s) – Pas du tout difficile(s)	2,27	0,5–10,18	0,28			
	Extrêmement difficile(s) – Pas du tout difficile(s)	4,88	1,99– 11,96	<0,001***	0,74	0,14–3,7	0,71
PHQ-9 Cut-off Déprimé – Non déprimé		13.36	5.88– 30.32	<0.001***	15,91	3,71– 68,21	<0.001***

* $p < 0,05$

** $p < 0,01$

*** $p < 0,001$

En analyse multi variée et en ajustant sur les facteurs :

- Le sexe de l'aidant
- L'aidant étant la mère
- La situation matrimoniale de l'aidant
- La situation hospitalisée ou pas du patient
- La durée d'évolution de la maladie
- Les antécédents de tentative de suicide chez le patient
- Le statut déprimé : Oui/ Non de l'aidant
- La déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs chez l'aidant

Les facteurs qui étaient statistiquement associés à l'augmentation du risque de mauvaise qualité de vie chez les aidants étaient les suivants :

- Le statut célibataire et divorcé ou veuf de l'aidant qui constituait un facteur de risque avec un odds ratio >1.
- La présence d'un antécédent de tentative de suicide avec un odds ratio >1 était un facteur de risque.
- Le statut déprimé (Oui) de l'aidant qui constituait un facteur de risque très important de mauvaise qualité de vie.



DISCUSSION



I. Généralités sur la schizophrénie :

1. Définition :

La schizophrénie est un trouble mental grave, elle fait partie des psychoses, entraîne un handicap considérable et peut avoir des répercussions sur tous les domaines de la vie, y compris le fonctionnement personnel, familial, social, éducatif et professionnel.(16) Ce trouble figure parmi les dix premières causes mondiales d'incapacité. (17)

Les symptômes caractéristiques de la schizophrénie impliquent un éventail de dysfonctionnements cognitifs, comportementaux et émotionnels, mais aucun symptôme isolé n'est pathognomonique du trouble. (18) Le diagnostic implique la reconnaissance d'une constellation de signes et de symptômes associés à un fonctionnement professionnel ou social altéré. (18) Les individus atteints du trouble varieront considérablement sur la plupart des caractéristiques, car la schizophrénie est un syndrome clinique hétérogène. (18) Le diagnostic ne peut être posé qu'après avoir écarté certaines affections organiques, iatrogènes ou toxiques d'expression psychotique et après avoir considéré l'évolution des troubles dans la durée.(19)

2. Épidémiologie :

2.1. Prévalence :

a. Selon L'étude « Charge mondiale de la morbidité » (GBD, Global Burden of Disease) de 2019 cité par l'OMS (2022) :

Environ 24 millions d'individus, soit environ 0,32% de la population mondiale, sont touchés par la schizophrénie. Une variation dans la prévalence de la maladie est observée en fonction du sexe, avec une incidence de 0,34% chez les hommes et de 0,30% chez les femmes. Ce trouble mental affecte approximativement 1 personne sur 222 parmi la population adulte, représentant ainsi un taux d'incidence de 0,45%. (16)

b. Selon L'étude « Charge mondiale de la morbidité » (GBD, Global Burden of Disease) de 2016

21 millions de personnes souffrent de schizophrénie à l'échelle mondiale, et ce chiffre devrait augmenter en raison du vieillissement et de la croissance démographique. La prévalence ponctuelle standardisée par âge de la schizophrénie dans le monde en 2016 a été estimée à 0,28 % (95% UI1: 0.24-0.31). La prévalence atteint son maximum autour de 40 ans, avec une baisse dans les groupes d'âge plus avancés. Aucune différence de prévalence entre les sexes n'a été observée. (20)

c. Selon une étude réalisée en 2008 :

Les estimations de prévalence présentent une variation significative. Le risque médian de développer la schizophrénie au cours de la vie était de 7,2 cas pour 1 000 personnes.(21)

d.

La prévalence des troubles psychotiques sur la vie entière, qui est quasi identique chez les deux sexes, est de 5,6%. Les personnes célibataires ou divorcées semblent être plus exposées aux troubles psychotiques.

2.2. Incidence :

Contrairement aux interprétations précédentes, l'incidence de la schizophrénie présente une variation notable entre les sites. L'incidence médiane de la schizophrénie était de 15,2/100 000 personnes, et la fourchette centrale de 80 % des estimations variait sur une plage de cinq fois (7,7 à 43,0/100 000). (21)Le ratio Homme/Femme était 1,4/1. (21)

2.3. Mortalité :

En se basant sur le ratio de mortalité standardisé, on observe que les individus atteints de schizophrénie présentent un risque accru de deux à trois fois plus élevé de décéder (avec un

¹ Uncertainty intervals

ratio de mortalité standardisée médian de 2,6 pour la mortalité toutes causes confondues). De plus, cet écart de mortalité différentielle a augmenté au cours des dernières décennies.(21)

Selon Laursen et al. (2014) cité par Charlson et al. (2018) (20) la schizophrénie a également été associée à des taux plus élevés de maladies comorbides, et la plupart des décès excédentaires sont dus à des maladies physiques sous-jacentes, en particulier des maladies chroniques telles que les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type II, les maladies respiratoires et certains cancers. Selon Charlson et al. (2015) cité par Charlson et al. (2018) (20) les causes non naturelles, y compris le suicide, représentent moins de 15 % des décès excédentaires.

Le taux de suicide au cours de la vie chez les individus atteints de schizophrénie est d'environ 10 %. (22)

2.4. Morbidité : Selon une enquête nationale sur la prévalence des troubles mentaux dans la population générale marocaine :

La schizophrénie est associée à plusieurs comorbidités à savoir la toxicomanie et la stigmatisation.

La prévalence de la comorbidité schizophrénie et toxicomanie est d'environ 50 % selon Les études épidémiologiques menées depuis le début des années 1990. (23) Selon une étude à propos de 153 cas schizophrènes hospitalisés au service universitaire psychiatrique du CHU Mohammed VI de Marrakech, La fréquence de la comorbidité schizophrénie et toxicomanie est de 64,7 %, avec une prédominance de la consommation du cannabis (58,1%), suivie de la consommation de l'alcool (28,1%), ensuite les benzodiazépines (15,6%).(24)

Diverses études menées dans les pays occidentaux ont révélé que la schizophrénie est liée à un niveau élevé de stigmatisation.(25,26) La plupart des familles marocaines souffrent des stigmates et de discrimination, un total de 86,7 % déclaraient avoir des vies difficiles à cause de la maladie, et 72 % disaient souffrir psychologiquement à cause de difficultés du sommeil et relationnelles, et d'une piètre qualité de vie.(27) D'après une étude sur la perception de la schizophrénie par les professionnels de la santé à AGADIR-INEZGANE-MARRAKECH, 57% des

professionnels de la santé ont montré un niveau élevé de désir de distance sociale vis-à-vis des patients atteints de schizophrénie.(28)

3. Etiopathogénie :

Selon Selten JP et al. (2007), Bourque F et al. (2011) et Kirkbride J et al (2010), cité par Ayano (2016) (1) la recherche a identifié plusieurs facteurs qui contribuent au risque de développer la schizophrénie. Il s'agit d'une maladie causée par des influences biopsychosociales, notamment des facteurs génétiques, périnataux, neuroanatomiques, neurochimiques et d'autres anomalies biologiques. De plus, des facteurs psychologiques et socio-environnementaux peuvent augmenter le risque de schizophrénie chez les migrants internationaux ou les populations urbaines issues de minorités ethniques. Une augmentation de l'âge paternel est associée à un risque accru de schizophrénie. (1)

3.1. Facteurs génétiques

Selon Hosak (2013) il a été rapporté que l'héritabilité de la schizophrénie pourrait atteindre jusqu'à 80 %. (29)

Les études suggèrent que la schizophrénie a une composante familiale marquée. (1) Le risque de schizophrénie est plus élevé parmi les membres des familles biologiques des personnes atteintes de la maladie, mais il ne l'est pas parmi les membres adoptés. Selon Kety SS et al. (1994) cité par Ayano (2016) (1) Le risque de schizophrénie chez les membres du premier degré de parenté des personnes atteintes de la maladie est de 10 %. Si les deux parents sont atteints de schizophrénie, le risque de schizophrénie chez leur enfant augmente à 40 %. La concordance pour la schizophrénie est d'environ 10 % chez les jumeaux dizygotes et de 40 à 50% chez les jumeaux monozygotes. (1)

Les modes de transmission génétique de la schizophrénie restent inconnus, mais il semble que plusieurs gènes contribuent à la vulnérabilité à cette maladie. (1)

Une méta-analyse d'études sur les jumeaux a estimé que les facteurs génétiques contribuent à environ quatre cinquièmes de la prédisposition à la schizophrénie. Selon Sullivan PF et al. (2003) cité par Ayano (2016) (1)

3.2. Facteurs biochimiques :

De multiples voies biochimiques contribuent probablement à la schizophrénie, ce qui rend difficile la détection d'une anomalie spécifique. (1) Plusieurs neurotransmetteurs ont été associés à ce trouble, principalement en se basant sur les réponses des patients aux agents psychoactifs. Parmi les neurotransmetteurs couramment impliqués dans la pathogenèse de la schizophrénie, on trouve la dopamine, la sérotonine, la norépinéphrine (la noradrénaline), le GABA et le glutamate. Selon Sadock et al. (2009), Laruelle M et al (1996), Jones HM et al. (2002), Martin S et al. (2002), Konradi C et al. (2003) cité par Ayano (2016) (1)

Le rôle de la dopamine dans la schizophrénie est basé sur l'hypothèse de la dopamine, étayée par deux observations. Tout d'abord, les médicaments du groupe des phénothiazines, qui bloquent la fonction de la dopamine, peuvent réduire les symptômes psychotiques. Deuxièmement, les amphétamines, qui augmentent la libération de dopamine, peuvent déclencher une psychose paranoïaque et aggraver la schizophrénie. De plus, le disulfirame, en inhibant la dopamine hydroxylase, peut également aggraver la schizophrénie. Sadock et al. (2009), Laruelle M et al (1996), Jones HM et al. (2002) cité par Ayano (2016) (1)

Le rôle du glutamate dans la schizophrénie repose en grande partie sur l'hypothèse du glutamate, selon laquelle une fonction réduite du récepteur NMDA au glutamate est impliquée dans la physiopathologie de la schizophrénie. Cela a été largement suggéré par les niveaux anormalement bas de récepteurs au glutamate trouvés dans les cerveaux post-mortem de personnes précédemment diagnostiquées avec la schizophrénie, ainsi que par l'ingestion de phencyclidine et de kétamine, qui sont des antagonistes du glutamate et qui produisent un

syndrome aigu similaire à la schizophrénie et imitent les problèmes cognitifs associés à la schizophrénie. Sadock et al. (2009), Martin S et al. (2002), Konradi C et al. (2003) cité par Ayano (2016) (1)

L'hypothèse de la sérotonine est une autre preuve de la schizophrénie, suggérant qu'un excès de sérotonine pourrait être à l'origine des symptômes positifs et négatifs de cette maladie. Cette proposition est renforcée par l'activité antagoniste de la sérotonine observée avec des médicaments tels que la clozapine et d'autres antipsychotiques de deuxième génération. De plus, l'efficacité de la clozapine pour réduire les symptômes positifs chez les patients chroniques a contribué à valider cette hypothèse. Sadock et al. (2009) cité par Ayano (2016) (1)

Les neurotransmetteurs de la norépinéphrine sont impliqués dans la physiopathologie de la schizophrénie, où une dégénérescence neuronale sélective au sein du système neural de récompense de la norépinéphrine pourrait expliquer l'anhédonie chez les patients schizophrènes. Sadock et al. (2009), Jones HM et al. (2002) cité par Ayano (2016) (1)

L'autre neurotransmetteur impliqué dans la physiopathologie de la schizophrénie est l'acide gamma-aminobutyrique (GABA). Le GABA a un effet régulateur sur l'activité de la dopamine, et la perte de neurones GABAergiques inhibiteurs pourrait conduire à l'hyperactivité des neurones dopaminergiques. Sadock et al. (2009), Jones HM et al. (2002) cité par Ayano (2016) (1)

3.3. Facteurs neuroanatomiques :

Chez les patients atteints de schizophrénie, l'imagerie par résonance magnétique a montré une réduction du volume de certaines structures cérébrales (amygdale et/ou hippocampe), une augmentation des ventricules cérébraux ainsi qu'une perte de substance blanche. Selon Butterworth (1998) cité par Janoutová et al. (2016). (29)

3.4. Facteurs environnementaux de schizophrénie :

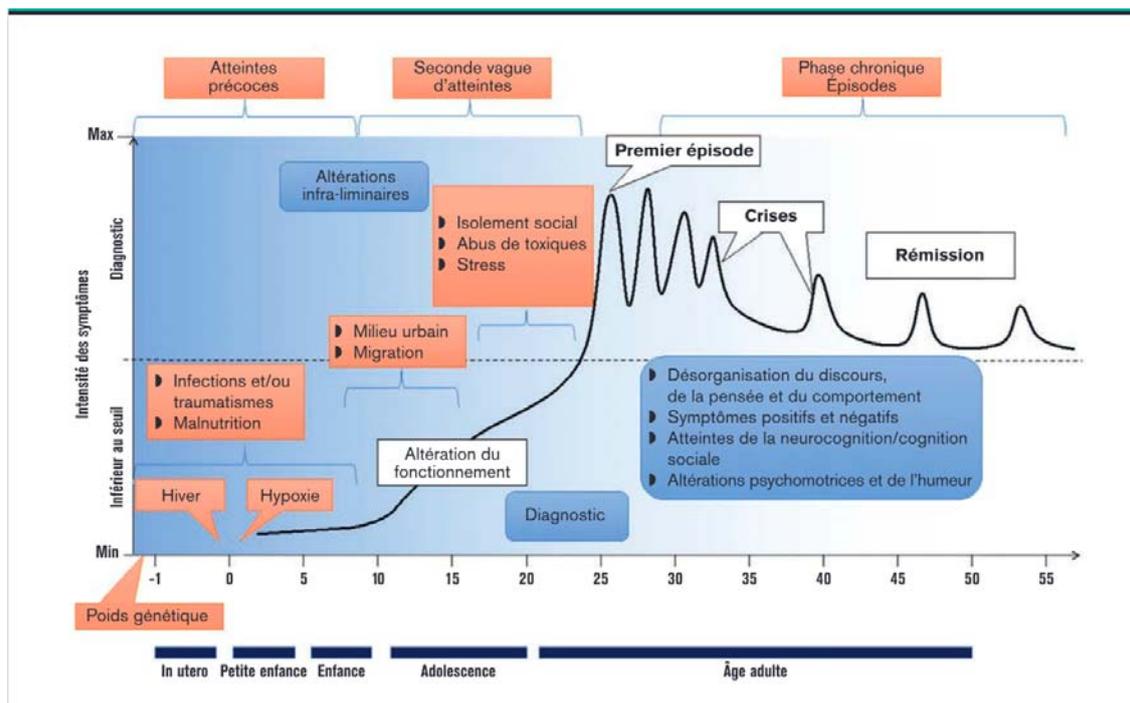
Plusieurs facteurs d'environnement sont identifiés (figure et tableau) selon Millan Mj et al. (2016), Bourgin J et al (2013), cité par Krebs et frajerman (30) intervenant dès le développement

(notamment les complications obstétricales) selon Millan Mj et al. (2016), Davies C et al. (2020) cité par Krebs et frajerman (30) ou au cours de l'enfance ou de l'adolescence selon Millan Mj et al. (2016), Krebs MO et al. (2018) cité par Krebs et frajerman (30). On considère aujourd'hui que les facteurs d'environnement peuvent moduler des vulnérabilités génétiques par des mécanismes « épigénétiques ». Selon Chaumette B et al (2017) cité par Krebs et frajerman (30). Lorsque les premiers symptômes apparaissent, il est essentiel de lutter notamment sur les facteurs de stress et les consommations de cannabis, de loin la substance illicite la plus répandue et qui a un effet particulier à cette phase du développement cérébral. Selon Millan Mj et al. (2016), Bourgin J et al (2013), Krebs MO et al (2018) cité par Krebs et frajerman (30)

Tableau XIX : Facteurs de risques environnementaux de la schizophrénie :

FACTEURS DE RISQUE ENVIRONNEMENTAUX DE SCHIZOPHRÉNIE	
Facteurs environnementaux	
Sociodémographiques	<ul style="list-style-type: none"> ■ Vivre en ville ■ Appartenir à la seconde génération de migrants ■ Âge jeune d'un des parents (< 20 ans) ■ Âge tardif du père (> 35 ans)
Complications obstétricales	<ul style="list-style-type: none"> ■ Grossesses multiples (> 3) ■ Infections ■ Famine ■ Hypertension artérielle maternelle ■ Rupture prématurée des membranes ■ Polyhydramnios ■ Poids de naissance < 3 kg à terme ■ Prématurité ■ Malformations congénitales
Au cours de l'enfance et de l'adolescence	<ul style="list-style-type: none"> ■ Traumatismes : perte d'un parent, maltraitance ■ Harcèlement ■ Stress répétés ■ Consommation de substances, dont cannabis ■ Carences vitaminiques

(30)



(30)

Figure 25 : Évolution des symptômes de la phase pré morbide à la phase d'état
Selon Millan Mj et al. (2016) cité par Krebs et frajerman (30)

4. Critères diagnostiques : (1)

Le diagnostic de la schizophrénie est difficile car il n'y a pas de symptôme unique spécifique à la schizophrénie, et il n'existe pas de tests sanguins ou d'examens définitifs pour ce trouble. Établir un diagnostic nécessite actuellement de reconnaître une constellation de symptômes pendant au moins 6 mois. Il faut également observer une détérioration du niveau de fonctionnement de la personne présentant les symptômes, tout en excluant d'autres explications possibles pour les troubles observés.

Selon le DSM-5 (Manuel statistique et diagnostique des troubles mentaux, 5ème version), Les critères diagnostiques du DSM-5 pour la schizophrénie sont les suivants :

- A.** Deux (ou plus) des éléments suivants, chacun étant présent pendant une période significative d'au moins un mois (ou moins en cas de traitement réussi). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

1. Délires.

2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (par exemple, déraillement fréquent ou incohérence).
 4. Comportement gravement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition).
- B.** Pendant une grande partie de la période depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines majeurs, comme le travail, les relations interpersonnelles ou les soins personnels, est nettement inférieur à celui atteint avant l'apparition du trouble (ou, si le trouble a commencé dans l'enfance ou l'adolescence, il y a un échec à atteindre le niveau attendu de fonctionnement interpersonnel, académique ou professionnel).
- C.** Des signes continus du trouble persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins 1 mois de symptômes (ou moins s'ils ont été traités avec succès) correspondant au Critère A (c'est-à-dire, des symptômes de la phase active), et peut également comprendre des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par deux symptômes ou plus énumérés dans le Critère A, présents sous une forme atténuée (par exemple, croyances étranges, expériences perceptuelles inhabituelles).
- D.** Le trouble schizo-affectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec des caractéristiques psychotiques ont été écartés, car soit 1) aucun épisode majeur dépressif ou maniaque ne s'est produit simultanément avec les symptômes de la phase active, soit 2) si des épisodes d'humeur se sont produits pendant les symptômes de la phase active, ils ont été présents pendant une minorité de la durée totale des périodes active et résiduelle de la maladie.

E. Le trouble ne peut pas être attribué aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue, un médicament) ou à une autre condition médicale.

F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des délires ou des hallucinations manifestes, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présents pendant au moins 1 mois (ou moins en cas de traitement réussi).

La présence ou l'absence de catatonie est précisée : Les personnes répondant aux critères de la catatonie reçoivent un diagnostic supplémentaire de catatonie associée à la schizophrénie pour indiquer la comorbidité.

Enfin, la gravité actuelle du trouble est spécifiée en évaluant les symptômes primaires de la psychose et en évaluant leur gravité sur une échelle de 5 points allant de 0 (absent) à 4 (présent et sévère).

5. La prise en charge de la schizophrénie :

Bien que les médicaments antipsychotiques soient le pilier du traitement de la schizophrénie, la recherche a montré que les interventions psychosociales, y compris la psychothérapie, peuvent améliorer l'amélioration clinique.

5.1. Prise en charge pharmacologique :

La gestion pharmacologique de la schizophrénie a connu une évolution significative au cours de la dernière décennie, principalement en raison de l'acceptation d'une nouvelle classe de médicaments, communément appelés antipsychotiques (neuroleptiques) atypiques ou de deuxième génération. (1)

a. Les antipsychotiques (neuroleptiques) classiques, ou typiques :

Ces médicaments de première génération ont des effets secondaires neurologiques fréquents et potentiellement significatifs, notamment la possibilité de développer un trouble du mouvement (dyskinésie tardive) qui peut être réversible ou non. Selon Day JC et al (2005), NICE Clinical Guideline CG82 (2009) cité par Ayano (2016) (1)

Ce groupe de médicaments comprend : Chlorpromazine, fluphénazine, halopéridol, thioridazine et d'autres. Ces antipsychotiques sont souvent moins chers que leurs homologues plus récents, en particulier les versions génériques, ce qui peut être une considération importante lorsque le traitement à long terme est nécessaire. L'utilisation des antipsychotiques de première génération a diminué au cours des dernières années, principalement en raison de l'augmentation des prescriptions d'agents de deuxième génération. Étant donné que les antipsychotiques de première génération sont considérablement moins chers que les antipsychotiques plus récents, ils restent une option précieuse dans le traitement des troubles psychotiques. Selon Sadock et al. (2009) cité par Ayano (2016) (1)

Pour les patients schizophrènes non adhérents, on utilise des antipsychotiques à action prolongée. Les neuroleptiques injectables à action prolongée (NAP) sont une stratégie pharmacologique pour traiter les patients schizophrènes qui rechutent en raison de leur non-adhérence aux médicaments antipsychotiques. Au lieu de la prise quotidienne de comprimés requise avec les antipsychotiques par voie orale, les neuroleptiques à action prolongée (NAP) sont administrés par injection à des intervalles de deux à quatre semaines. Selon Sadock et al. (2009) cité par Ayano (2016) (1)

b. Les antipsychotiques (neuroleptiques) atypiques :

Un nouveau groupe d'antipsychotiques (deuxième génération ou atypiques) a émergé dans les années 1980.

Les antipsychotiques de deuxième génération ont montré une efficacité similaire mais moins d'effets extrapyramidaux. Selon Brown AS et al. (2004) cité par Ayano (2016) (1)

Ces médicaments plus récents de deuxième génération sont généralement préférés et sont le traitement de première intention de la schizophrénie, car ils présentent un risque moindre d'effets secondaires graves par rapport aux médicaments conventionnels. Selon Meltzer HY et al. (1980), Alvir JMJ et al. (1993) cité par Ayano (2016) (1)

Ils comprennent : Aripiprazole, clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone, riprasidone et amisulpride. (1)

La clozapine est le médicament de choix pour la gestion des patients schizophrènes gravement malades qui ne répondent pas de manière adéquate au traitement médicamenteux standard de la schizophrénie et pour réduire le risque de comportement suicidaire récurrent chez les patients atteints de schizophrénie ou de trouble schizo-affectif. Selon Meltzer HY et al. (1980), Alvir JMJ et al. (1993) cité par Ayano (2016) (1)

5.2. Interventions psychosociales :

Une fois que la psychose s'est atténuée, les interventions psychologiques et sociales (psychosociales) sont importantes, en plus de la poursuite du traitement médicamenteux. Celles-ci peuvent comprendre :

a. Psychoéducation :

Les interventions psychoéducatives comprennent tout programme distinct impliquant une interaction entre un fournisseur d'informations et les utilisateurs de services ou leurs aidants, ayant pour objectifs principaux de fournir des informations sur la maladie et de proposer un soutien ainsi que des stratégies de gestion. La psychoéducation est proposée en tant qu'intervention spécifique, distincte de la fourniture d'informations de qualité et accessibles à toutes les personnes atteintes de schizophrénie et à leurs aidants, ce qui est considéré comme une exigence pour des soins de qualité. Selon Day JC et al (2005), NICE Clinical Guideline CG82 (2009) cité par Ayano (2016) (1)

b. La thérapie cognitivo-comportementale (TCC), également appelée TCC pour la psychose (TCCp) :

Approche thérapeutique structurée et collaborative, la TCC est une intervention psychologique distincte qui vise à établir des liens explicites entre la pensée, les émotions, la physiologie et le comportement par rapport à des problèmes actuels ou passés, principalement grâce à des expérimentations comportementales et à la découverte guidée. La TCC cherche à provoquer un changement systémique en réévaluant les perceptions, les croyances ou le raisonnement considérés comme causant et maintenant les problèmes psychologiques. L'objectif est d'aider la personne à normaliser et à donner un sens à ses expériences psychotiques, ainsi qu'à réduire la détresse associée et l'impact sur le fonctionnement. Les résultats ciblés comprennent la réduction des symptômes (symptômes psychotiques positifs ou négatifs et symptômes généraux, y compris l'humeur), la réduction des rechutes, l'amélioration du fonctionnement social, le développement de la perception, l'atténuation de la détresse et la promotion de la récupération. Selon Pinninti NR et al. (2010) cité par Ayano (2016) (1)

c. Formation aux compétences sociales :

La formation aux compétences sociales est une intervention psychosociale structurée visant à améliorer les performances sociales, à réduire la détresse et les difficultés dans les situations sociales.

Les interventions comprennent des évaluations comportementales de diverses compétences sociales et interpersonnelles, mettant l'accent à la fois sur la communication verbale et non verbale, sur la capacité de l'individu à percevoir et à traiter les signaux sociaux pertinents, ainsi que sur sa capacité à répondre de manière appropriée et à fournir un renforcement social adéquat. Selon Galderisi S et al. (2010) cité par Ayano (2016) (1)

d. Intervention familiale :

L'intervention familiale est une intervention psychologique distincte ayant une fonction de soutien, d'éducation ou de traitement spécifique, impliquant la résolution de problèmes et/ou

l'intervention auprès de l'utilisateur de services identifié. L'intervention familiale pour les personnes diagnostiquées avec la schizophrénie découle de la constatation cohérente que l'environnement émotionnel au sein d'une famille était un prédicteur efficace de la rechute. Dans ce contexte, la "famille" inclut les personnes ayant un lien émotionnel significatif avec l'individu, comme les parents, les frères et sœurs et les partenaires. Différents modèles d'intervention familiale visent à aider les familles à faire face aux problèmes de leur proche de manière plus efficace, à fournir un soutien et une éducation à la famille, à réduire les niveaux de détresse, à améliorer les modes de communication et de résolution des problèmes au sein de la famille, et à tenter de prévenir la rechute de l'utilisateur de services. Selon NICE Clinical Guideline CG82 (2009) cité par Ayano (2016) (1)

e. Thérapie d'adhérence :

La thérapie d'adhérence est une intervention brève qui explore l'ambivalence d'un individu vis-à-vis du traitement et de la médication de maintenance. Elle fait référence à tout programme discret et structuré, adapté aux besoins individuels, impliquant une interaction entre le prestataire de services et l'utilisateur de services, au cours duquel les utilisateurs de services reçoivent un soutien, des informations et des stratégies de gestion pour améliorer leur adhérence à la médication et/ou dans le but spécifique d'améliorer les symptômes, la qualité de vie et de prévenir les rechutes. Selon Uzenoff SR et al (2008), Staring ABP et al (2010) cité par Ayano (2016) (1)

f. Thérapies artistiques :

Les thérapies artistiques (art, axées sur le corps ou la musique) combinent des techniques psychothérapeutiques avec des activités visant à favoriser l'expression créative. Les thérapies artistiques ont pour objectif de permettre aux personnes diagnostiquées avec la schizophrénie de se percevoir différemment et de développer de nouvelles façons de se rapporter aux autres ; d'aider les gens à s'exprimer et à organiser leur expérience sous une forme esthétique satisfaisante et apaisante tout en aidant les gens à accepter et à comprendre

les sentiments qui ont pu émerger pendant le processus créatif. Selon NICE Clinical Guideline CG82 (2009) cité par Ayano (2016) (1)

g. Rééducation cognitive :

La rééducation cognitive est un traitement comportemental destiné aux personnes qui présentent des déficiences cognitives susceptibles d'interférer avec leur fonctionnement quotidien. La cognition fait référence à un large ensemble d'aptitudes qui nous permettent ensemble de percevoir, de traiter, de manipuler et de réagir à l'information. Des exemples de fonctions cognitives incluent l'attention, la mémoire, l'organisation et le fonctionnement. De nombreuses personnes atteintes de schizophrénie rencontrent des problèmes dans ces domaines, ce qui peut limiter leur rétablissement dans des domaines tels que la vie quotidienne, la fonction sociale ou professionnelle. Les programmes de rééducation cognitive utilisent diverses méthodes, mais s'appuient de plus en plus sur l'apprentissage informatisé, afin d'aider les personnes à développer des compétences cognitives spécifiques. Selon NICE Clinical Guideline CG82 (2009) cité par Ayano (2016) (1)

h. Gestion des contingences :

Les stratégies de gestion des contingences font référence à des programmes comportementaux dans lesquels des comportements cibles spécifiques sont renforcés positivement par le biais d'incitations monétaires ou d'autres systèmes de récompense. Selon Ries RK et al. (2004), Tracy K et al. (2007) cité par Ayano (2016) (1)

5.3. L'électroconvulsivothérapie pour la schizophrénie :

Les patients atteints de schizophrénie présentant des symptômes positifs marqués, de la catatonie ou des symptômes affectifs sont considérés comme les plus susceptibles de répondre à l'ECT. Chez ces patients, l'efficacité de l'ECT est à peu près équivalente à celle des antipsychotiques, mais l'amélioration peut survenir plus rapidement. Dans certaines situations, par exemple, la schizophrénie résistante au traitement, l'augmentation de l'ECT reste le

traitement de choix. Selon Fink M et al (1996) cité par Ayano (2016) (1) L'ECT est souvent utilisée en complément des antipsychotiques dans le traitement de la schizophrénie. Des études ont montré qu'une combinaison d'ECT et d'antipsychotiques présente un avantage significatif en ce qui concerne la rapidité ou la qualité de la réponse. Selon Brown AS et al. (2004), Taylor P et al. (1980), Ungvari GS et al. (1982), Abraham KR et al. (1987), Janakiramaiah Net al. (1982), Sarita EP et al. (1998) cité par Ayano (2016) (1)

II. Généralités sur la qualité de vie :

1. Définitions

Le concept de qualité de vie est un domaine de recherche en constante expansion depuis les années 80–90, et il est exploré dans diverses disciplines, notamment la philosophie, les sciences politiques, la médecine et la psychologie. Bien que de nombreuses définitions aient été avancées (comme celles de Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014), il n'existe pas de consensus réel au sein de la communauté scientifique internationale. Cependant, l'une de ces définitions est largement reconnue : « La qualité de vie correspond à la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses préoccupations. C'est un concept intégratif large, affecté de façon complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'autonomie, ses relations sociales, en relation avec les caractéristiques essentielles de son environnement. » (WHOQOL Group, 1994, p. 41) cité par Christelle VERNHET (2019) (31)

2. Évaluation :

L'évaluation de la qualité de vie peut être réalisé à travers deux méthodes : les entretiens psychologiques pour une estimation qualitative et les questionnaires standardisés pour une

mesure quantitative (Mercier & Schraub, 2005). Ces derniers sont préférentiellement utilisés dans la recherche scientifique, car ils permettent d'une part, la comparaison de données entre plusieurs populations au sein d'une même étude et d'autre part, la reproductibilité de l'étude. (31)

Parmi les échelles standardisées, on distingue les échelles génériques et les échelles spécifiques. Alors que les premières sont développées en population générale, les secondes sont adaptées pour des pathologies comme le cancer ou ciblent des populations données comme les enfants ou la famille. (31)

III. Généralités sur les proches aidants :

Selon le rapport du Conseil Fédéral (CF), les proches aidants sont considérés comme « des personnes qui s'occupent de proches malades ou en situation de dépendance, fournissent pour l'essentiel un soutien psychologique et social, effectuent des tâches ménagères, assurent des transports et règlent des questions d'organisation et administratives » (2014, p.4). (32)

La plupart des soins donnés par des proches aidants sont prodigués par les parents, les époux ou les proches divers. Les parents sont les proches aidants les plus fréquents, au sein de cette catégorie les femmes (mères, épouses ou filles) composent la majorité des aidants, leur part est estimée à 80% au niveau mondial. Chan (2011) cité par Jordao et Trabelsi (2016). Selon Fernanda-Hansen et al. (2014) cité par Jordao et Trabelsi (2016), la famille est passée au premier plan dans l'accompagnement de ces patients sans avoir les connaissances requises. Avec la maladie, le proche finit par placer les besoins du patient avant les siens, et tend à se laisser submerger par les responsabilités que cela engendre. (32)

Sally Wai-Chi Chan explique dans sa revue littéraire (2011) qu'un proche aidant doit jongler entre le travail, la famille et ce rôle de proche aidant, sa propre santé physique et émotionnelle est souvent ignorée. La Fédération Mondiale de la Santé Mentale a officiellement reconnu que le cumul de manque de ressources personnelles, émotionnelles, et financières, fait

que beaucoup de proches aidants expérimentent un important stress, la dépression et/ou de l'anxiété dans les années suivant la prise en charge. (32)

IV. Discussion des résultats :

1. Analyse Descriptive :

1.1. Analyse descriptive des variables socio-démographiques des aidants :

a. Age de l'aidant :

Dans notre étude la moyenne d'âge était 52,6 ans, Ce résultat est similaire à celui retrouvé dans d'autres études. La moyenne d'âge était 60,6 ans dans l'étude de Richieri et al. (10), 40,4 ans dans l'étude de Hussain et al. (7), 54,7 ans dans l'étude de Caqueo-Urizar et al. (33), et 44 ans dans l'étude de Tristiana et al. (34).

Tableau XVIII : l'âge de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Age en années ¹
Notre étude	2023	Maroc	52,6 (±12,7)
Richieri et al.	2011	France	60,6 (±9,5)
Hussain et al.	2020	Inde	40,4 (±12,65)
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	54,7 (±14,4)
Tristiana et al.	2019	Indonésie	44 (±9,61)

¹ Moyenne (± Écart type)

b. Sexe de l'aidant :

Dans notre étude, la majorité des aidants étaient des femmes, représentant 61,8%. Ce résultat était similaire à l'étude de Richieri et al., qui a également enregistré un taux de 67,1%. (10) Cependant d'autres études ont trouvé une prédominance du sexe masculin avec un taux de 70,7% dans l'étude de Hussain et al. (7), 67,2% dans l'étude de Caqueo-Urizar et al. (33), et

68,9% dans l'étude de Tristiana et al. (34). Dans l'étude de Sustrami et al. La répartition des genres était équilibrée, avec 54,5 % d'hommes et 45,6 % de femmes. (11)

Tableau XIX : le sexe de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Féminin	Masculin
Notre étude	2023	Maroc	61,8%	38,2%
Richieri et al.	2011	France	67,1%	32,9%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	45,6%	54,4%
Hussain et al.	2020	Inde	29,3%	70,7%
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	32,8%	67,2%
Tristiana et al.	2019	Indonésie	31,1%	68,9%

c. Lien avec le patient :

Nos résultats étaient similaires avec ceux de la littérature. Les parents étaient les aidants les plus fréquents avec un taux de 55,6% dans notre étude, 46,3% dans l'étude de Sustrami et al. (11), et 37,8% dans l'étude de Tristiana et al. (34). Les fratries étaient les seconds principaux aidants après les parents avec un taux de 26,4% dans notre étude, 31,3% dans l'étude Sustrami et al. (11), et 32,9% dans l'étude de Tristiana et al. (34). Les conjoints étaient le troisième groupe d'aidants naturels des patients schizophrènes, suivis des enfants et d'autres membres de la famille.

Tableau XX : lien avec le patient selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Parents	Enfants	Fratrie	Conjoints	Autres
Notre étude	2023	Maroc	55,6%	4,9%	26,4%	11,1%	2,1%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	46,3%	10,6%	31,3%	11,9%	
Tristiana et al.	2019	Indonésie	37,8%	7,2%	32,9%	14,9%	7,3%

d. Situation matrimoniale de l'aidant :

La majorité des aidants dans notre étude étaient mariés ce qui rejoint les résultats des autres études.

Le taux des aidants mariés dans notre étude était 68,1%, 84% dans l'étude de Hussain et al. (7), 47,8% dans l'étude de Caqueo-Urizar et al. (33), et 87,8% dans l'étude de Tristiana et al. (34).

Tableau XXI : Situation matrimoniale de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Célibataire	Marié	Divorcé(e)/ Veuf(ve)
Notre étude	2023	Maroc	11,8%	68,1%	20,1%
Hussain et al.	2020	Inde		84%	
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	24,5%	47,8%	27,66%
Tristiana et al.	2019	Indonésie	9,5%	87,8%	2,7% des divorcé(e)s

e. Niveau scolaire de l'aidant :

Dans notre étude la majorité des aidants étaient des analphabètes avec un taux de 62,5%. Cela souligne l'importance de prendre en compte le niveau d'alphabétisation des aidants familiaux lors de la conception de programmes de soutien et de sensibilisation. Il est essentiel de fournir des informations et des ressources d'une manière accessible pour cette population. Cela peut inclure des supports visuels, des présentations orales, des discussions en face-à-face avec des professionnels de la santé mentale, des vidéos éducatives, ou d'autres méthodes qui ne dépendent pas de la lecture et de l'écriture. L'objectif est de s'assurer que les aidants analphabètes comprennent bien les informations essentielles sur la schizophrénie, les soins et le soutien disponibles.

Contrairement à notre étude, d'autres études ont révélé un taux d'analphabétisme plus bas. Par exemple, dans l'étude de Sustrami et al. (11), le taux était de 3,1%, avec 69,4% des aidants ayant un niveau secondaire. De même, dans l'étude de Tristiana et al., le taux était de 9,5%, avec 52,3% des aidants ayant un niveau secondaire(34).

Dans l'étude de Caqueo-Urizar et al. 63,6% des aidants avaient un niveau scolaire >12 ans et 36,3% avaient un niveau scolaire ≤12 ans.

Tableau XXII : Niveau scolaire de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Analphabète	Primaire	Secondaire	Universitaire
Notre étude	2023	Maroc	62,5%	15,3%	14,6%	7,6%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	3,1%	13,1%	69,4%	14,4%
Tristiana et al.	2019	Indonésie	9,5%	27,9%	52,3%	10,4%

f. Niveau socio-économique de l'aidant :

Dans notre étude, la majorité des aidants avaient un revenu inférieur au salaire minimum interprofessionnel garanti (SMIG), avec un taux de 76,4%. Cela concorde avec les résultats de deux études menées en Indonésie. Dans l'étude de Sustrami et al., 59,4% des aidants avaient un revenu mensuel inférieur à 1 800 000 roupies, équivalent à 1200 DH/mois. De plus, dans l'étude de Tristiana et al., la moyenne du salaire des aidants était de 1150 DH/mois.

Tableau XXIII : Niveau socio-économique de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	<2800DH/mois	Entre 2800–6763DH/mois	>6763DH/mois
Notre étude	2023	Maroc	76,4%	18,1%	5,6%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	<Rp1.800.000/mois = 1200DH/mois		>Rp1.800.000/mois = 1200DH/mois
			59,4%	40,6%	
Tristiana et al.	2019	Indonésie	Moyenne du salaire : 1723648,653 roupies/mois = 1150DH/mois		

g. Activité professionnelle de l'aidant :

Concernant l'activité professionnelle, presque les deux tiers des aidants dans notre étude n'avaient pas d'activité professionnelle (63,2%) ce qui est en accord avec les résultats de Richieri et al (62,6%). (10)

Sustrami et al. ont trouvé que presque la moitié des aidants (45,6%) n'avaient aucune activité professionnelle (11), tandis que dans l'étude de Caqueo-Urizar et al., plus de la moitié des aidants (56,2%) étaient sans activité professionnelle. (33) Cependant l'étude de Tristiana et al., ont trouvé une nette prédominance des aidants avec activité professionnelle avec un taux de 93,7%. (34)

Tableau XXIV : Activité professionnelle de l'aidant selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Absente	Présente
Notre étude	2023	Maroc	63,2%	36,8%
Richieri et al.	2011	France	62,6%	37,4%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	45,6%	54,4%
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	56,2%	42,7%
Tristiana et al.	2019	Indonésie	6,3%	93,7%

1.2. Analyse descriptive des données cliniques des patients :

a. Sexe du patient :

Dans notre étude, ainsi que dans les études de Hussain et al. (7) et de Caqueo-Urizar et al. (33), la schizophrénie était plus fréquente chez les hommes que chez les femmes. Notre étude a affiché un taux de 77,1%, Hussain et al. 69,3%, et Caqueo-Urizar et al. 64,8%.

Tableau XXV : Situation du patient selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Féminin	Masculin
Notre étude	2023	Maroc	22,9%	77,1%
Hussain et al.	2020	Inde	30,6%	69,3%
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	35,1%	64,8%

b. Statut marital du patient :

La majorité des patients de notre étude étaient célibataires, représentant 72,7%, ce qui concorde avec les résultats de la littérature. Hussain et al. ont trouvé un taux de célibataires de 53,3% dans leur étude (7), tandis que Caqueo-Urizar et al. ont rapporté un taux de 86,1% de célibataires dans leur étude (33). Cela peut s'expliquer en partie par les difficultés sociales et relationnelles auxquelles certains patients schizophrènes sont confrontés en raison de leurs symptômes. De plus, les patients atteints de schizophrénie peuvent être plus susceptibles de divorcer en raison des défis que la maladie peut poser pour les relations familiales et conjugales.

Tableau XXVI : Statut marital du patient selon la littérature.

Auteurs	Année	Pays	Célibataire	Marié	Divorcé/veuf (ve)
Notre étude	2023	Maroc	72,2%	20,8%	6,9%
Hussain et al.	2020	Inde	53,3%	32%	14,6% de divorcés
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	86,1%	6,3%	7,11%

c. Durée d'évolution des troubles en années :

La moyenne de la durée d'évolution des troubles en années dans notre étude était 13,1 ($\pm 10,3$), ce qui est comparable aux résultats obtenus par Richieri et al. (10) avec une moyenne de 9,8 ($\pm 8,6$) et ceux obtenues par Caqueo-Urizar et al. (33) avec une moyenne de 14,5 ($\pm 11,7$).

Tableau XXVII : Durée d'évolution des troubles en années selon la littérature 1

Auteurs	Année	Pays	Durée d'évolution des troubles en années ¹
Notre étude	2023	Maroc	13,1 ($\pm 10,3$)
Richieri et al.	2011	France	9,8 ($\pm 8,6$)
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	14,5 ($\pm 11,7$)

¹ Moyenne (\pm Écart type)

Dans notre étude, 81,3% des patients présentaient une durée d'évolution des troubles supérieure ou égale à 5 ans, ce qui concorde avec les résultats de Hussain et al. (7) qui ont également rapporté un taux de 70%.

Tableau XXVIII : Durée d'évolution des troubles en années selon la littérature 2

Auteurs	Année	Pays	Inférieur à 5 ans	Supérieur ou égal à 5ans
Notre étude	2023	Maroc	18,8%	81,3%
Hussain et al.	2020	Inde	30%	70%

1.3. Analyse descriptive des scores du questionnaire de la qualité de vie (S-CGQoL) :

a. Le Score total de (S-CGQoL) :

La moyenne du score total de S-CGQoL dans notre étude était de 48,3 ($\pm 16,9$), ce qui est supérieur à la moyenne obtenue dans l'étude de Hussain et al. (7). Cependant, la moyenne du

score total de S-CGQoL dans notre étude était inférieure à celle trouvée par d'autres auteurs. Caqueo-Urizar et al.(33), dans une étude menée en Amérique latine sur 253 patients, ont obtenu une moyenne de 51,9 ($\pm 11,7$). En Indonésie, Tristiana et al. (34) ont mené une étude sur 222 patients et trouvé une moyenne de 61,05. Richieri et al. (5), dans une étude menée en France, ont obtenu une moyenne de 62,7 ($\pm 11,4$).

Tableau XXIX: Score total de la qualité de vie selon la littérature

Auteurs	Année	Pays	Effectif	Score total S-CGQoL ¹
Notre étude	2023	Maroc	144	48,3 ($\pm 16,9$)
Richieri et al.	2011	France	246	62,7 ($\pm 11,4$)
Hussain et al.	2020	Inde	75	44,8 ($\pm 8,67$)
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	253	51,9 ($\pm 11,7$)
Tristiana et al.	2019	Indonésie	222	61,05

¹ Moyenne (\pm Écart type)

Dans notre étude, les résultats ont montré que la qualité de vie des aidants familiaux de personnes atteintes de schizophrénie était globalement de faible à modérée qualité de vie. Cependant dans l'étude de Sustrami et al. (11) la qualité de vie des aidants était globalement de bonne à très bonne qualité de vie. Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que notre étude incluait des aidants de patients hospitalisés, qui avaient une qualité de vie moins favorable par rapport aux aidants des patients en consultation. En revanche, l'étude de Sustrami et al. (11) se concentrait uniquement sur les patients en consultation, ce qui pourrait expliquer la différence dans les résultats de qualité de vie des aidants.

Tableau XXXI : La Classification de la qualité de vie des aidants en 5 catégories selon la littérature

Auteurs	Année	Pays	Effectif	La qualité de vie				
				Très faible (0-20)	Faible (21-40)	Modérée (41-60)	Bonne (61-80)	Très bonne (81-100)
Notre étude	2023	Maroc	144	2,78%	34,72%	38,19%	21,53%	2,78%
Sustrami et al.	2022	Indonésie	160	0%	1,9%	17,5%	39,4%	41,3%

b. Les scores des dimensions de S-CGQoL :

Dans la comparaison des résultats des dimensions du questionnaire S-CGQoL de notre étude avec ceux de la littérature, nous avons constaté que dans les dimensions du bien-être physique et psychologique, du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne, des relations avec le conjoint et du fardeau matériel, les scores de notre étude étaient inférieurs à ceux des études de Richieri et al. (5) et Caqueo-Urizar et al.(33) Cependant dans la dimension des relations avec le personnel soignant on a trouvé un score supérieur à celui trouvé par Richieri et al. (5) et Caqueo-Urizar et al.(33). Tandis que dans la dimension du fardeau matériel notre score était inférieur à celui trouvé par Richieri et al. (5) et Caqueo-Urizar et al.(33) Dans la dimension des relations avec la famille, nous avons trouvé un score similaire à celui trouvé par Caqueo-Urizar et al.(33), mais il était inférieur à celui trouvé par Richieri et al. (5) Dans la dimension des relations avec les amis le score qu'on a trouvé était inférieur à celui trouvé par Richieri et al. (5) mais supérieur à celui trouvé par Caqueo-Urizar et al.(33)

Tableau XXXII: Les Dimensions de S-CGQoL selon la littérature

Auteurs	Année	Pays	Effectif	Les Dimensions de S-CGQoL ¹						
				BE-PhPs ²	F-Quot ³	R-Conj ⁴	R-Soin ⁵	R-Fam ⁶	R-Ami ⁷	FM ⁸
Notre étude	2023	Maroc	144	43,3 (±32,9)	49,9 (±30,8)	44,5 (±46,7)	78,5 (±35,6)	49,7 (±25,5)	40,6 (±31,8)	31,5 (±29)
Richieri et al.	2011	France	246	53,9 (±18,5)	62,8 (±16,4)	69,5 (±21,9)	63 (±20,7)	57,9 (±22,8)	62,9 (±20,7)	69,1 (±22,4)
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	253	57,4 (±24,5)	55,3 (±20,7)	53,2 (±25,9)	66,8 (±27,4)	49,6 (±35,3)	26,9 (±32,3)	50,4 (±29,5)

¹ Moyenne (± Écart type)

² Bien-être physique et psychologique

³ Fardeau/retentissement sur la vie quotidienne

⁴ Relations avec le conjoint

⁵ Relations avec le personnel soignant

⁶ Relations avec la famille

⁷ Relations avec les amis

⁸ Fardeau matériel

1.4. Analyse descriptive du questionnaire de dépression PHQ-9 :

**Tableau XXXIII : Le score du PHQ-9 et la dépression
chez les aidants des patients schizophrènes selon la littérature**

Auteurs	Année	Pays	Effectif	Aidants déprimés (Score ≥ 10)	Aidants non déprimés (Score < 10)
Notre étude	2023	Maroc	144	51.4%	48,6%
Derajew et al.	2017	Éthiopie	102	19,6%	80,4%
Gupta et al.	2015	France, Allemagne, Italie, Espagne, et Royaume-Uni	398	29,4%	70,6%

Plus de la moitié des aidants des patients schizophrènes dans notre étude étaient déprimés et avaient un score ≥ 10 dans le questionnaire PHQ-9, Ce taux est significativement plus élevé par rapport aux résultats de la littérature, par exemple Derajew et al. (35) ont trouvés un taux de dépression chez les aidants de 19,6%, et Gupta et al. (36) ont trouvés un taux de dépression de 29,4%. Ce résultat peut être expliqué par le fait que la majorité des aidants dans notre étude avaient un bas niveau socio-économique (moins de 2800DH/mois) avec un taux de 76,4 %. En comparaison dans l'étude de Gupta et al. (36) seulement 39,95% des aidants avaient un niveau socio-économique bas (moins de €20.000). De plus dans notre étude, 63,3% des aidants dans notre étude n'avaient aucune activité professionnelle tandis dans l'étude de Gupta et al. (36) ce chiffre était seulement de 47,49%.

2. Analyse univariée :

2.1. Corrélation des données socio-démographiques des aidants à la qualité de vie :

a. L'âge de l'aidant :

Les résultats de notre étude ont indiqué qu'il n'y avait pas de corrélation significative entre l'âge de l'aidant et la qualité de vie ($p=0,348$). Ce résultat est en accord avec d'autres études. Hussain et al. n'avaient trouvé aucune corrélation significative entre l'âge et la qualité de vie (7). De même Tristiana et al. ont également indiqué qu'il n'y avait pas de relation entre l'âge et la qualité de vie ($p=0,268$) (34). Cependant, d'autres études ont signalé une influence de l'âge sur la qualité de vie. Par exemple, Richieri et al., ont trouvé une association positive entre la qualité de vie et l'âge des aidants pour deux dimensions : fardeau/retentissement sur la vie quotidienne et relations avec le personnel soignant. Au contraire, un âge plus avancé de l'aidant était associé à un score plus bas dans la dimension des relations avec les amis (5). Enfin Caqueo-Urizar et al., ont également observé une relation inverse entre l'âge de l'aidant et la qualité de vie dans la dimension des relations avec la famille (33).

b. Sexe de l'aidant :

Dans notre étude, nous avons identifié une corrélation négative significative entre le sexe féminin et la qualité de vie. En effet, Parmi ceux ayant une mauvaise qualité de vie, 71,4% étaient des femmes, tandis que seulement 28,6% étaient des hommes ($p=0,005$). Ce qui concorde avec les résultats de la littérature. De même que Tristiana et al., qui ont également observé une association significative positive entre le sexe masculin et la qualité de vie ($p=0,003$) (34).

D'autres études ont observé une influence du sexe sur certaines dimensions de la qualité de vie. Par exemple dans l'étude de Richieri et al., les comparaisons par genre (femmes vs hommes) ont révélé un impact négatif du sexe féminin sur la qualité de vie dans deux dimensions : Bien-être physique et psychologique ($p = 0,002$) ; et relations avec le personnel soignant ($p < 0,0001$) (5). Dans l'étude de Caqueo-Urizar et al., les femmes ont une qualité de

vie inférieure à celle des hommes dans les dimensions du bien-être physique et psychologique ($p=0,013$), du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne ($p=0,015$) et des relations avec le conjoint ($p=0,025$).

Cependant l'étude de Hussain et al. n'a objectivé aucune influence du sexe sur la qualité de vie ($p=0,38$) (7).

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les femmes sont perçues comme ayant des rôles de soins naturels, ce qui peut entraîner des attentes accrues en matière de prise en charge des membres de la famille malades. Cela peut les amener à sacrifier leur propre bien-être pour prendre soin de leur proche schizophrène, ce qui peut affecter leur qualité de vie.

c. Lien avec le patient :

Nous n'avons trouvé aucune différence dans la qualité de vie en comparant le score total selon le lien avec le patient, que ce soit en tant que parents, enfants, fratrie, conjoints ou autres ($p=0,36$). Ce résultat est similaire à celui rapporté par Tristiana et al. ($p=0,441$) (34). Cependant nous avons trouvé une influence du lien avec le patient sur la qualité de vie dans 2 dimensions : Dans la dimension du bien-être physique et psychologique, les parents avaient une faible qualité de vie par rapport à la fratrie ($p=0,005$). Dans la dimension du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne les parents avaient également une faible qualité de vie par rapport aux enfants ($p=0,036$) et par rapport à la fratrie ($p<0,001$).

Ces résultats étaient attendus, car les parents sont souvent les principaux aidants des patients schizophrènes et assument généralement davantage de responsabilités.

Dans la comparaison de la qualité de vie entre les mères et les autres aidants, nous avons identifié une corrélation significative entre la mauvaise qualité de vie et le statut de mère en tant qu'aidante. ($p=0,011$). Ainsi que dans 2 dimensions : dans la dimension du bien-être physique et psychologique les mères avaient une faible qualité de vie par rapport aux autres aidants ($p<0,001$), ainsi que dans la dimension du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne ($p<0,001$). Ce qui concorde avec le résultat de Caqueo-Úrizar et al., qui avaient également

comparé la qualité de vie entre les mères et les autres aidants et avaient objectivé un niveau faible de qualité de vie chez les mères par rapport aux autres aidants dans le score total ($p=0,001$), ainsi que dans 4 dimensions : Bien-être physique et psychologique ($p=0,000$), fardeau/retentissement sur la vie quotidienne ($p=0,000$), relations avec le personnel soignant ($p=0,031$) et relations avec la famille ($p=0,047$).

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que les mères sont généralement les principales pourvoyeuses de soins, responsables de la santé et du bien-être de leurs enfants. Lorsqu'un enfant développe la schizophrénie, les mères sont souvent les premières à prendre en charge cette responsabilité ce qui peut entraîner une charge de travail physique et émotionnelle importante.

Caqueo-Urizar et al. (2009) ont cité que la plupart des études montrent que la mère est celle qui prend en charge principalement le patient et a une moins bonne qualité de vie que d'autres types d'aidants informels, probablement en raison de ses responsabilités de soins.

d. Situation matrimoniale de l'aidant :

D'après nos résultats, il existe un lien significatif entre la situation matrimoniale de l'aidant et la qualité de vie avec une différence dans le score total ($p=0,033$). Nous avons constaté que le statut célibataire ou divorcé/veuf de l'aidant était corrélé à une mauvaise qualité de vie, ce qui est en accord avec les résultats d'autres études. Tristiana et al., ont également trouvé que les aidants mariés avaient une meilleure qualité de vie ($p=0,045$) (34). De plus, dans l'étude de Richieri et al., les aidants vivant seuls avec la personne atteinte de schizophrénie ont signalé une qualité de vie significativement plus faible que ceux en couple ou dont la personne atteinte de schizophrénie vivait de manière indépendante, en particulier en ce qui concerne les relations avec le personnel soignant ($p<0,0001$), les relations familiales ($p<0,0001$) et l'indice global de qualité de vie ($p=0,050$) (5). Enfin, dans l'étude de Caqueo-Urizar et al., les aidants en couple ont signalé un niveau significativement plus élevé dans la dimension des relations avec le personnel soignant par rapport à ceux qui n'étaient pas en couple ($p=0,002$). (33)

Ces résultats peuvent s'expliquer par le fait que l'absence de soutien conjugal expose les aidants à une charge de travail accrue, un stress important, des besoins financiers plus pressants, et davantage de responsabilités. Cette situation peut avoir un impact négatif sur leur qualité de vie.

Cependant, lors de la comparaison de la qualité de vie par dimension, nous avons trouvé des résultats contradictoires par rapport à d'autres études, les aidants célibataires obtenaient des scores de qualité de vie plus élevés que les aidants mariés et divorcés/veufs dans les dimensions du bien-être physique et psychologique ($p=0,023$) ainsi que dans la dimension du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne ($p=0,023$).

e. Niveau scolaire de l'aidant :

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé de lien significatif entre le niveau scolaire de l'aidant et le score total de qualité de vie ($p=0,66$). Cependant dans la dimension du bien-être physique et psychologique, les aidants ayant un niveau scolaire secondaire avaient un score élevé que les analphabètes ($p=0,005$). Tandis que dans la dimension du fardeau matériel les analphabètes avaient un score plus élevé que ceux ayant un niveau secondaire ($p=0,022$). Ceci peut être expliqué par le fait qu'avoir moins d'éducation augmente la probabilité de ne pas disposer des outils nécessaires pour gérer adéquatement la situation. (33)

En comparant avec les autres études, Caqueo-Urizar et al., ont objectivé une influence positive du niveau scolaire sur la qualité de vie seulement dans la dimension des relations avec les amis ($p=0,045$). Moins d'années de scolarité sont associées à des scores de qualité de vie plus bas. (33) Les autres études n'ont trouvé aucun lien entre le niveau scolaire et la qualité de vie.

f. Niveau socio-économique de l'aidant :

L'impact des conditions socioéconomiques a également été étudié dans notre recherche. Cependant, nous n'avons pas trouvé d'influence significative du niveau socioéconomique de l'aidant sur le score total de la qualité de vie ($p=0,144$). Ces résultats concordent avec ceux de Tristiana et al., qui n'ont également trouvé aucune association entre le niveau socio-économique

et la qualité de vie. (34) Cependant, nous avons trouvé une corrélation significative dans 3 dimensions : dans la dimension du bien-être physique et psychologique les aidants ayant un niveau socio-économique bas avaient une qualité de vie plus faible par rapport aux aidants ayant un niveau socio-économique moyen ($P=0,046$), de même que dans la dimension du fardeau/retentissement sur la vie quotidienne ($p=0,012$). Dans la dimension des relations avec la famille les aidants ayant un niveau socio-économique bas avaient une qualité de vie plus faible par rapport aux aidants ayant un niveau socio-économique moyen ($p<0,001$) et par rapport aux aidants ayant un niveau socio-économique élevé ($p=0,004$).

Les besoins de traitement et de prise en charge des personnes atteintes de schizophrénie peuvent être coûteux, et un faible niveau socio-économique peut créer des difficultés supplémentaires pour les aidants et leur qualité de vie.

g. Activité professionnelle de l'aidant :

Dans notre étude, nous n'avons objectivé aucune association entre l'activité professionnelle de l'aidant et la qualité de vie ($p=0,502$). Cependant Richieri et al., ont trouvé une influence de l'activité professionnelle sur 2 dimensions de la qualité de vie. Dans la dimension des relations avec le personnel soignant la présence d'emploi exerçait une influence négative sur la qualité de vie, cependant dans la dimension des relations avec les amis la présence d'emploi exerçait une influence positive sur la qualité de vie. La vie professionnelle était significativement associée à la qualité de vie dans leur étude. Leurs résultats suggéraient que l'absence d'emploi peut améliorer les relations avec le conjoint mais détériorer les relations avec les amis. (5)

h. Trouble psychiatrique de l'aidant :

Dans notre étude Le trouble psychiatrique de l'aidant n'avait pas d'influence sur la qualité de vie ($p=0,185$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

2.2.

Corrélation des données cliniques des patient à la qualité de vie :

a. Situation du patient :

Dans notre étude, nous avons identifié une corrélation négative significative entre la situation hospitalisée du patient et la qualité de vie de l'aidant ($p=0,021$). Près de 60% des aidants ayant une mauvaise qualité de vie s'occupaient des patients hospitalisés, tandis que 60% des aidants ayant une bonne qualité de vie s'occupaient des patients vus en consultation. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que les patients hospitalisés présentent généralement des symptômes plus sévères que ceux vus en consultation. Plusieurs études ont démontré que la sévérité des symptômes est liée à la qualité de vie des aidants.

Dans l'étude de Richieri et al., ils n'avaient pas examiné cette variable. (5) Les autres études avaient utilisé un échantillon composé uniquement de patients suivis en consultation.

b. Sexe du patient :

D'après nos résultats, il n'y avait pas de lien significatif entre le sexe du patient et la qualité de vie de l'aidant ($p=0,763$). Ceci concorde avec les résultats de Hussain et al., qui n'ont également trouvé aucun lien significatif ($p=0,45$). (7) Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

c. Statut marital du patient :

Il n'y avait aucun lien significatif entre le statut marital du patient et la qualité de vie dans notre étude ($p=0,151$) ainsi que dans l'étude de Hussain et al., ($p=0,06$). (7) Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

d. Achat des médicaments :

Dans notre étude, l'achat des médicaments par la famille, par le patient, par les deux ou le fait que le patient ne soit pas sous traitement n'exerçaient aucune influence significative sur la qualité de vie ($p=0,382$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

e. Durée d'évolution des troubles :

Dans notre étude nous avons objectivé un lien positif entre la durée d'évolution des troubles et la qualité de vie ($p=0,028$). Parmi les aidants ayant une mauvaise qualité de vie, 77,4% d'entre eux s'occupaient de patients dont la durée d'évolution de la maladie était inférieure ou égale à 15 ans, tandis que 22,6% s'occupaient de patients ayant une durée d'évolution de plus de 15 ans. Cependant, parmi les aidants ayant une bonne qualité de vie, seulement 60% d'entre eux s'occupaient de patients dont la durée d'évolution de la maladie était inférieure ou égale à 15 ans, tandis que 40% s'occupaient de patients ayant une durée d'évolution de plus de 15 ans. Cela indique que plus la durée d'évolution était longue, meilleure était la qualité de vie. Notre résultat concorde avec celui de Hussain et al., qui ont également objectivé un lien positif entre la durée d'évolution de la qualité de vie ($p=0,014$). (7) Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

Cette amélioration de la qualité de vie peut être attribuée à la stabilisation de la maladie et/ou à l'adaptation des aidants ainsi qu'à l'acquisition de meilleures stratégies de gestion.

f. Nombre d'hospitalisations :

D'après nos résultats, nous n'avons pas trouvé aucune association significative entre le nombre d'hospitalisations et la qualité de vie ($p=0,283$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

g. Incident grave par le patient :

D'après nos résultats, il n'existe aucun lien significatif entre la qualité de vie et le fait qu'un patient ait fait un incident grave dans ses antécédents ($p=0,054$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

h. Antécédents de tentatives de suicide chez le patient :

L'étude de l'impact des antécédents de tentatives de suicide chez le patient sur la qualité de vie des aidants a objectivé une corrélation négative très significative ($p<0,001$). Nous avons

constaté que parmi les aidants ayant une mauvaise qualité de vie, 28,6% s'occupaient de patients ayant des antécédents de tentatives de suicide, tandis que parmi les aidants ayant une bonne qualité de vie, seulement 3,3% s'occupaient de patients avec des tentatives de suicide dans leurs antécédents. Aucune des autres études n'avaient examiné cette variable.

L'influence des antécédents de tentatives de suicide sur la qualité de vie peut être attribuée à une inquiétude constante et à une surveillance accrue par les aidants de leur proche malade car ils sont souvent préoccupés par sa sécurité et son bien-être, ce qui peut être source de stress, d'anxiété, d'épuisement, ainsi qu'aux sentiments de culpabilité et d'impuissance face à ces tentatives de suicide.

i. Antécédents judiciaires du patient :

Dans notre étude, nous n'avons pas trouvé un lien significatif entre les antécédents judiciaires du patient et la qualité de vie ($p=0,527$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

j. Trouble d'usage de substances :

D'après nos résultats, il n'existe aucun lien significatif entre la qualité de vie et le fait qu'un patient avait un trouble d'usage de substances ($p=0,489$). Les autres études n'avaient pas examiné cette variable.

2.3. Corrélation entre la dépression des aidants et leur qualité de vie :

Dans notre étude nous avons utilisé l'échelle PHQ-9 (The patient health questionnaire) pour la mesure de la dépression et le S-CGQoL (The schizophrenia caregiver quality of life questionnaire) pour la mesure de la qualité de vie. Nous avons trouvé que la dépression chez l'aidant avait une corrélation négative significative avec la qualité de vie de l'aidant ($p<0,001$). Nos résultats rejoignent ceux de la littérature :

1. Ukpong et al., avaient utilisé L'Inventaire d'anxiété et de dépression hospitalière (HADS) pour la mesure de la dépression et la version abrégée du World Health

Organization Quality of Life Scale pour la mesure de la qualité de vie. Le Hads est un questionnaire d'auto-évaluation couramment utilisé pour mesurer les symptômes d'anxiété et de dépression, L'HADS se compose de deux sous-échelles : une pour l'anxiété et une pour la dépression. Chaque sous-échelle comprend sept questions, ce qui donne un total de 14 questions pour l'ensemble du questionnaire. Pour la mesure de la qualité de vie, ils avaient utilisé Le World Health Organization Quality of Life Scale (WHOQOL- BREF). Le WHOQOL est un outil largement utilisé pour évaluer la qualité de vie dans différents domaines tels que la santé physique, le bien-être psychologique, les relations sociales et l'environnement. Le WHOQOL-BREF est une version abrégée du questionnaire complet WHOQOL, conçue pour être plus pratique à utiliser dans la recherche et les contextes cliniques. Il comprend 26 questions qui couvrent les domaines suivants : Santé physique, santé psychologique, relations sociales et environnement. Ils ont trouvé qu'un niveau élevé de symptômes de dépression avait une corrélation inverse similaire avec la qualité de vie dans les domaines de la santé psychologique ($p < 0,001$), des relations sociales ($p < 0,001$) et de l'environnement ($p < 0,001$). (37)

2. Akinfala et al., avaient utilisé pour la mesure de la dépression le MINI-PLUS module dépressif. Le MINI-Plus est une version étendue du Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI). C'est un instrument clinique structuré conçu pour aider à diagnostiquer les troubles psychiatriques courants, y compris la dépression, l'anxiété, les troubles bipolaires, la schizophrénie et d'autres conditions. Pour la mesure de la qualité de vie, ils ont également utilisé WHOQOL-BREF. Ils ont également trouvé Une corrélation négative significative entre la dépression et le domaine psychologique de la qualité de vie ($p < 0,01$) ainsi que le domaine social de la qualité de vie ($p = 0,03$). (38)

Tableau XXXIV : Corrélation entre la dépression des aidants et la qualité de vie selon la littérature :

Auteurs	Année	Pays	Effectif	Outil de mesure de dépression	Outil de mesure de qualité de vie	Descriptif
Notre étude	2023	Maroc	144	PHQ-9 ¹	S-CGQoL ²	PHQ-9 Cut-off (≥10) Déprimé - Non déprimé : P<0,001
Ukpong et al. (37)	2021	Nigeria	100	HADS depression ³	WHOQOL-BREF ⁴	Un niveau élevé de symptômes de dépression avait une corrélation inverse similaire avec la qualité de vie dans les domaines de la santé psychologique (p<0,001), des relations sociales (p<0,001) et de l'environnement (p<0,001).
Akinfala et al. (38)	2021	Nigeria	138	(MINIPLUS) ⁵ (module dépressif)	WHOQOL-BREF	Une corrélation significative entre la dépression et le domaine psychologique de la qualité de vie (p < 0,01) ainsi que le domaine social de la qualité de vie (p = 0,03).

¹ Patient Health Questionnaire-9

² Schizophrenia caregiver quality of life questionnaire

³ Hospital Anxiety and Depression Scale: L'Inventaire d'anxiété et de dépression hospitalière

⁴ version abrégée du World Health Organization Quality of Life Scale

⁵ Mini International Neuropsychiatric Interview

2.4. Les variables significativement corrélées à la qualité de vie en analyse univariée selon la littérature :

Tableau XXXV : Les variables significativement associées à la qualité de vie en analyse univariée selon la littérature

Auteurs	Année	Pays	Effectif	Variables
Notre étude	2023	Maroc	144	<ul style="list-style-type: none"> • Le sexe de l'aidant. • L'aidant étant la mère. • La situation matrimoniale de l'aidant. • La situation du patient. • Durée d'évolution des troubles. • Les Antécédents de tentatives de suicide chez le patient. • Le statut déprimé : Oui/ Non de l'aidant. • La déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs chez l'aidant.
Richieri et al.	2011	France	246	<ul style="list-style-type: none"> • La situation matrimoniale de l'aidant. • L'âge de début de la maladie. • L'échelle d'évaluation des symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie (PANSS) : Score total, Symptômes positifs, symptômes généraux.
Hussain et al.	2020	Inde	75	<ul style="list-style-type: none"> • La durée d'évolution de la maladie. • Le fardeau sur les aidants.
Caqueo-Urizar et al.	2021	Bolivie, Pérou et Chili	253	<ul style="list-style-type: none"> • L'aidant étant la mère. • L'ethnicité de l'aidant. • Le temps passé avec le patient.
Tristiana et al.	2019	Indonésie	222	<ul style="list-style-type: none"> • Le sexe de l'aidant. • La situation matrimoniale de l'aidant.

Dans notre étude nous avons trouvé que les variables qui étaient significativement associées à la qualité de vie des aidants étaient les suivants :

1. Le sexe de l'aidant : Cela concorde avec les résultats de Tristiana et al. (60).
2. L'aidant étant la mère : Cela concorde avec les résultats de Caqueo-Urizar et al.(33)
3. La situation matrimoniale de l'aidant : Cela concorde avec les résultats de Richieri et al. (5) et Tristiana et al (60).

4. La situation du patient : Cette variable n'était pas examinée par les autres études.
5. Durée d'évolution des troubles : Cela concorde avec les résultats de Hussain et al. (7)
6. Les Antécédents de tentatives de suicide : Cette variable n'était pas examinée par les autres études.
7. Le statut déprimé : Oui/ Non de l'aidant : Cette variable n'était pas examinée par les autres études.
8. La déficience fonctionnelle associée aux symptômes dépressifs chez l'aidant : Cette variable n'était pas examinée par les autres études.

3. Analyse multivariée :

D'après les résultats de la régression logistique en analyse uni et multivariée, les facteurs qui étaient statistiquement associés à l'augmentation du risque de mauvaise qualité de vie chez les aidants étaient les suivants :

1. Le statut célibataire et divorcé ou veuf de l'aidant qui constituait un facteur de risque avec un odds ratio > 1.
2. La présence d'un antécédent de tentative de suicide avec un odds ratio > 1 était un facteur de risque.
3. Le statut déprimé (Oui) de l'aidant qui constituait un facteur de risque très important de mauvaise qualité de vie.

En ce qui concerne les autres études avec lesquelles nous avons comparé les résultats de notre étude, il est important de noter qu'elles n'avaient pas réalisé de régression logistique ni d'analyse multivariée pour évaluer la qualité de vie.

4. les défis spécifiques des aidants célibataires, divorcés, déprimés, et de ceux s'occupant de patients ayant des antécédents de tentatives de suicide :

Les aidants célibataires et divorcés des patients schizophrènes font souvent face à des défis spécifiques dans leur rôle d'aidant, qui sont liés à la nature complexe de la schizophrénie et à l'absence de soutien conjugal. Voici quelques-uns des défis particuliers auxquels ils peuvent être confrontés :

1. Charge de travail accrue : Les patients atteints de schizophrénie peuvent avoir besoin de soins et de soutien constants, ce qui peut entraîner une charge de travail considérable pour les aidants célibataires ou divorcés. Cette charge peut inclure la gestion des symptômes, l'aide à la prise de médicaments et la navigation dans le système de soins de santé mentale.
2. Isolement social : L'absence d'un partenaire conjugal peut entraîner un isolement social accru pour les aidants célibataires ou divorcés. Ils peuvent avoir moins d'opportunités de partager leurs préoccupations et leurs expériences avec un partenaire.
3. Équilibre entre travail et aidant : Beaucoup de ces aidants doivent également travailler pour subvenir aux besoins de leur famille. Équilibrer les exigences de l'emploi avec les responsabilités d'aidant peut être particulièrement difficile.
4. Stress émotionnel : La schizophrénie peut être une maladie mentale déroutante et difficile à gérer. Les aidants célibataires ou divorcés peuvent ressentir un stress émotionnel considérable en essayant de comprendre et de répondre aux besoins de leur proche.
5. Besoins financiers : L'absence d'un partenaire peut également avoir un impact sur les besoins financiers de l'aidant. Ils peuvent être confrontés à des défis financiers supplémentaires liés à la prise en charge de leur proche schizophrène.
6. Sacrifices personnels : Pour faire face à toutes ces responsabilités, les aidants célibataires ou divorcés peuvent se retrouver à sacrifier leur propre temps, leur propre bien-être et leurs propres besoins. Cela peut avoir un impact négatif sur leur qualité de vie.

La présence d'un antécédent de tentatives de suicide chez un proche malade est effectivement une source importante d'inquiétude, et cela peut avoir un impact significatif sur la dynamique familiale ainsi que sur le bien-être des aidants pour plusieurs raisons, notamment :

1. Préoccupation constante : Les aidants sont souvent constamment préoccupés par la sécurité et le bien-être de leur proche qui a déjà tenté de se suicider. Cette préoccupation constante peut être mentalement et émotionnellement épuisante.
2. Surveillance continue : Les aidants peuvent se sentir obligés de surveiller de près le comportement de leur proche pour détecter tout signe précurseur de pensées suicidaires ou de comportement suicidaire. Cela peut créer un stress supplémentaire et être très anxiogène.
3. Impact émotionnel : Les antécédents de tentatives de suicide peuvent avoir un impact émotionnel considérable sur la famille et les proches. Ils peuvent se sentir coupables de ne pas avoir pu empêcher la tentative précédente, se demander pourquoi cela est arrivé, et éprouver un profond chagrin.
4. Conflits familiaux : La gestion des antécédents de suicide peut également entraîner des conflits familiaux. Les membres de la famille peuvent avoir des opinions divergentes sur la manière de prendre en charge la situation, ce qui peut créer des tensions et des désaccords.

La schizophrénie est une maladie mentale complexe qui peut être particulièrement difficile à gérer pour les aidants, et lorsque l'aidant lui-même souffre de dépression, cela peut aggraver la situation de plusieurs manières :

1. Stress et préoccupation : S'occuper d'un proche atteint de schizophrénie peut être extrêmement stressant. Les aidants doivent souvent faire face à des épisodes psychotiques, des comportements désorganisés et d'autres symptômes de la maladie. Si l'aidant est déprimé, cela peut augmenter son niveau de stress et sa préoccupation.
2. Charge émotionnelle : La dépression de l'aidant peut entraîner une charge émotionnelle supplémentaire, car il peut se sentir impuissant à aider son proche schizophrène. Les sentiments de tristesse, de désespoir et d'épuisement émotionnel sont courants.
3. Qualité de vie réduite : La dépression de l'aidant peut affecter sa propre qualité de vie en réduisant sa capacité à profiter des activités quotidiennes, à maintenir des relations sociales et à prendre soin de sa propre santé.
4. Impact sur la relation : La dépression de l'aidant peut également avoir un impact sur la relation avec le proche schizophrène. Les changements d'humeur et les difficultés émotionnelles de l'aidant peuvent influencer la dynamique familiale et la communication.
5. Risque de burn-out : Les aidants qui sont déprimés et s'occupent d'un proche schizophrène sont à risque de burn-out, ce qui peut avoir des conséquences graves sur leur santé physique et mentale à long terme.



*LIMITES
DE L'ETUDE*



:

L'échantillon peut ne pas être représentatif de l'ensemble de la population des aidants de patients atteints de schizophrénie en raison du refus de certains aidants de répondre au questionnaire.

L'étude présente des préoccupations concernant d'éventuels biais lors de la collecte d'informations. Le questionnaire utilisé (S-CGQoL) est auto-administré, mais en raison de l'analphabétisme de nombreux aidants, les données ont été obtenues par un enquêteur les interrogeant. De plus, la traduction non validée du questionnaire, pourrait entraîner des erreurs de traduction ou d'interprétation, potentiellement affectant la validité des réponses. La complexité des questions pour certains aidants, nécessitant des explications répétées, ainsi que la nécessité d'autres traducteurs pour ceux ne parlant ni Darija marocaine ni Tamazight (Tachelhit), pourraient induire des biais dans les résultats.

Nous n'avons pas évalué d'autres variables socio-démographiques et cliniques telles que l'âge du patient, la zone de résidence, l'âge au début de la maladie, la durée de prise en charge des patients, le type de schizophrénie, l'observance thérapeutique et le type de traitement pris par le patient, qui peuvent avoir un impact sur la qualité de vie des aidants.

L'absence d'un groupe de contrôle.

Il est important de noter que notre étude avait une nature transversale, ce qui limite notre capacité à saisir les dynamiques changeantes de la prise en charge telle qu'elles sont vécues par les aidants à différents moments. Une étude longitudinale pourrait être envisagée à l'avenir pour examiner plus en détail l'évolution de la qualité de vie et des facteurs associés chez les aidants au fil du temps.



PERSPECTIVES
&
RECOMMENDATIONS



L'amélioration de la qualité de vie des aidants de patients schizophrènes est cruciale, car ces aidants jouent un rôle essentiel en offrant un soutien vital aux patients. La schizophrénie a un impact significatif sur les patients et leurs aidants, justifiant un soutien pour ces derniers. Cela améliore le bien-être des aidants et contribue à une meilleure prise en charge des patients schizophrènes. Reconnaître leur dévouement et leur fournir le soutien nécessaire est essentiel pour faire face aux défis liés à la maladie.

La reproductibilité de ces résultats et leur sensibilité au changement devraient être explorées dans de futures études.

À l'issue de ce travail, certaines recommandations peuvent être faites :

1. Encourager les aidants, à créer un réseau de soutien avec des amis, la famille, les membres de la communauté et d'autres aidants confrontés à des défis similaires.
2. Orienter les aidants vers des ressources locales telles que l'assistance sociale et les organismes caritatifs, qui peuvent offrir un soutien financier et des conseils juridiques.
3. Le soutien psychologique et émotionnel est essentiel pour les aidants. Les séances de thérapie individuelle ou en groupe peuvent être très bénéfiques pour les aider à faire face aux situations difficiles.
4. Orienter les aidants à encourager la participation active du patient dans sa propre prise en charge pour favoriser son autonomie. Cela réduira la charge pesant sur l'aidant.
5. Il est essentiel d'insister auprès des aidants, de consacrer du temps à eux-mêmes. Même si cela peut être difficile, des pauses régulières sont cruciales pour prévenir l'épuisement.
6. Éduquer les aidants sur la prévention du suicide chez les patients schizophrènes : les aider surtout à identifier les patients à risque, à reconnaître les premiers symptômes de rechute.

7. Garantir un accès régulier des aidants aux professionnels de la santé mentale.
8. Encourager une communication ouverte entre les aidants et le patient, en créant un environnement propice à la discussion des pensées suicidaires et des émotions.
9. La sensibilisation à la schizophrénie et aux maladies mentales en général dans la société peut réduire la stigmatisation et favoriser un meilleur soutien social.
10. Aider les aidants à avoir un savoir minimum pour le dépistage de la dépression chez les aidants et chez eux –mêmes. En cas de diagnostic de dépression chez les aidants, un traitement approprié est nécessaire, que ce soit par le biais de thérapie, de médicaments, ou d'une combinaison des deux.
11. La psychoéducation est aussi importante. Cela consiste à fournir des informations et une éducation à la famille et peut contribuer à réduire le stress et le fardeau des aidants familiaux tout en favorisant l'adaptation (Sulung & Foresa, 2018 ; Walke, Chandrasekaran, & Mayya, 2018) cité par Sustrami et al. (2022). (11)
12. Assister les aidants dans l'établissement de limites et d'attentes réalistes pour eux–mêmes. Il est crucial qu'ils reconnaissent leurs propres limites et ne se sentent pas coupables quand ils sollicitent de l'aide.
13. Organiser régulièrement des consultations pour évaluer le bien-être émotionnel et physique des aidants, et offrir une écoute attentive peut avoir un impact significatif.



CONCLUSION



L'objectif de notre travail était d'évaluer la qualité de vie chez les familles des patients schizophrènes de la région de Sous Massa, ainsi que déterminer les facteurs associées à une mauvaise qualité de vie. Dans notre étude, la qualité de vie était plus faible que celle retrouvée dans les autres études.

Les facteurs statistiquement associés au risque de mauvaise qualité de vie chez les aidants étaient les suivants : le statut célibataire et divorcé de l'aidant, la présence d'un antécédent de tentative de suicide, ainsi que la présence de dépression chez l'aidant.

Cependant, il est important de reconnaître les limites de notre étude, et le fait qu'il n'y ait pas d'études similaires au Maroc qui rend nos conclusions hypothétiques. Elles devraient être confirmées par des futures études pour une meilleure compréhension de ces dynamiques. Il est essentiel de se rappeler que le bien-être des aidants est crucial pour offrir des soins efficaces aux personnes atteintes de schizophrénie.



RESUMES



Résumé

Introduction : La schizophrénie compte parmi les pathologies psychiatriques lourdes. Elle est la principale cause des hospitalisations psychiatriques au Maroc. Cependant, de plus en plus de patients schizophrènes sont traités en ambulatoire. Les aidants familiaux sont confrontés à divers défis, notamment la détresse émotionnelle, l'isolement social, des difficultés financières, une satisfaction de vie moindre, ainsi que des problèmes de santé mentale et physique.

L'objectif de l'étude était d'évaluer la qualité de vie des familles de patients schizophrènes dans la région de Sous Massa et d'identifier les facteurs associés à une mauvaise qualité de vie.

Méthodes : Nous avons réalisé une étude observationnelle, transversale à visée descriptive et analytique, au sein du service de psychiatrie de l'Hôpital Provincial d'Inezgane (n=144). Les données étaient collectées sur une période de six mois. La qualité de vie des aidants était évaluée par le Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire (S-CGQoL). La dépression des aidants était évaluée par le Patient health questionnaire (PHQ-9).

Résultats : Plus de la moitié des aidants avaient une mauvaise qualité de vie (score <50). La moyenne du score total de qualité de vie était de 48,3 ($\pm 16,9$). Globalement la qualité de vie était évaluée comme étant de faible à modérée.

Les facteurs statistiquement associés à un risque accru de mauvaise qualité de vie parmi les aidants étaient les suivants : le statut célibataire ou divorcé de l'aidant, la présence d'antécédents de tentative de suicide, ainsi que la présence de dépression chez l'aidant.

Conclusions : Il est essentiel de reconnaître et d'adresser les défis spécifiques des aidants célibataires, divorcés, déprimés, et de ceux s'occupant de patients ayant des antécédents de tentatives de suicide pour améliorer leur qualité de vie. La prise en charge globale de la schizophrénie devra fournir le soutien nécessaire aux aidants pour entraîner de meilleurs résultats à la fois pour l'aidant et le patient.

Abstract

Introduction: Schizophrenia is among the severe psychiatric disorders. It is the leading cause of psychiatric hospitalizations in Morocco. However, an increasing number of schizophrenic patients are being treated on an outpatient basis. Family caregivers face various challenges, including emotional distress, social isolation, financial difficulties, lower life satisfaction, as well as mental and physical health problems.

The aim of the study was to assess the quality of life of families of schizophrenic patients in the Sous Massa region and to identify factors associated with poor quality of life.

Methods: We conducted an observational, cross-sectional study with a descriptive and analytical approach within the psychiatric department of the Inezgane Provincial Hospital (n=144). Data were collected over a six-month period. The quality of life of caregivers was assessed using the Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire (S-CGQoL). Caregiver depression was evaluated using the Patient Health Questionnaire (PHQ-9).

Results: More than half of the caregivers had poor quality of life (score <50). The mean total quality of life score was 48.3 (\pm 16.9). Overall, the quality of life was assessed as being from low to moderate. Factors statistically associated with an increased risk of poor quality of life among caregivers included the caregiver's single, divorced status, a history of suicide attempts, and the presence of depression in the caregiver.

Conclusions: It is essential to recognize and address the specific challenges faced by single, divorced, depressed caregivers, and those caring for patients with a history of suicide attempts to improve their quality of life. Comprehensive schizophrenia management should provide the necessary support to caregivers to achieve better outcomes for both the caregiver and the patient.

ملخص

المقدمة: الفصام هو واحد من الأمراض النفسية الشديدة. إنه السبب الرئيسي وراء دخول المستشفيات النفسية في المغرب. ومع ذلك، يتم معالجة المزيد من مرضى الفصام خارج المستشفى. يواجه أفراد العائلة الذين يعتنون بالمرضى تحديات متنوعة، بما في ذلك التوتر العاطفي، والعزلة الاجتماعية، والصعوبات المالية، ورضى الحياة الأقل، بالإضافة إلى مشكلات في الصحة العقلية والبدنية.

الهدف من الدراسة كان تقييم جودة حياة أسر مرضى الفصام في منطقة سوس ماسة وتحديد العوامل المرتبطة بجودة حياتهم الضعيفة.

الأساليب: قمنا بإجراء دراسة رصدية أفقية بهدف وصفي وتحليلي، داخل قسم الطب النفسي في مستشفى إينزكان الإقليمي (عدد المشاركين = 144). تم جمع البيانات على مدى ستة أشهر. تم تقييم جودة حياة مرافقي المرضى باستخدام استبيان جودة حياة (S-CGQoL) مرافقي مرضى الفصام.

النتائج: أكثر من نصف مرافقي المرضى كان لديهم جودة حياة سيئة (نقاط أقل من 50). متوسط النقاط الإجمالي لجودة الحياة كان 48.3 (± 16.9). بصفة عامة، تم تقييم جودة الحياة على أنها من منخفضة إلى متوسطة.

العوامل التي ارتبطت إحصائيا بزيادة خطر جودة حياة سيئة لدى مرافقي المرضى كانت كالتالي: الوضع الاجتماعي للمرافق (عازب ومطلق أو أرمل)، وجود سجل سابق لمحاولة الانتحار، بالإضافة إلى وجود الاكتئاب لدى المرافق..

الخاتمة: من الضروري التعرف على التحديات الخاصة بمرافقي المرضى العازبين والمطلقين والمصابين بالاكتئاب والمعنيين برعاية مرضى لديهم تاريخ محاولة انتحار سابقة ومعالجتها من أجل تحسين جودة حياتهم. يجب على الرعاية الشاملة لمرضى الفصام تقديم الدعم اللازم لمرافقي المرضى من أجل تحقيق نتائج أفضل للمرافقين والمرضى على حد سواء.



ANNEXES



Annexe 1 :

Fiche d'exploitation en français

I. Données socio-économiques de l'aidant familial :

Nom et Prénom :
Numéro de téléphone :

- Age :
- Sexe : F M
- Lien avec le patient : Parents Enfants Fratrie Conjoints Autres
- Situation matrimoniale : Célibataire Marié Divorcé Veuf (ve)
- Niveau scolaire : Analphabète Primaire Secondaire Universitaire
- Niveau socio-économique : <2800DH/mois entre 2800-6763DH/mois >6763DH/mois
- Activité professionnelle actuelle : Absente Présente
- Trouble psychiatrique (Actuel ou dans les antécédents) :

II. Données cliniques du patient :

Nom et Prénom :

- Hospitalisé Vu en consultation
- Sexe : F M
- Statut marital : Célibataire marié divorcé Veuf
- Achat des médicaments : Par lui-même la famille
- Durée d'évolution du trouble (années) :
- Nombre d'hospitalisations :
- Incident grave (Agressivité envers la famille, mettre le feu...) : Oui Non
- Antécédents de tentative de suicide : Oui Non
- Antécédents judiciaires : Non Oui (Nombre d'incarcération : ...)
- Trouble d'usage de substance (en dehors du tabac) : Cannabis Alcool Autres :

III. Le Schizophrenia Caregiver Quality of Life Questionnaire (S-CGQoL) :

En rapport avec la personne que vous aidez...

Au cours des douze derniers mois, avez-vous...		Jamais Pas du tout	Rarement Un peu	Parfois Moyennement	Souvent Beaucoup	Toujours Énormément	Non Concerné(e)
1	Été triste, déprimé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Été moralement fatigué(e), usé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Manqué d'énergie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Été physiquement fatigué(e), usé(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Été angoissé(e), inquiet(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Dû renoncer à des choses qui vous tenaient à cœur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Dû diminuer le temps réserver à vos loisirs (sorties, jardinage, shopping, bricolage...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Été gêné de laisser votre enfant pour assumer vos tâches de la vie quotidienne ou professionnelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Eu le sentiment de ne pas consacrer le temps nécessaire au reste de votre famille (fratrie et autres...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Eu le sentiment de manquer de liberté ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Eu le sentiment de vivre au jour le jour ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Eu des difficultés à faire des projets professionnels ou personnels ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Été aidé(e), soutenu(e) par votre conjoint(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Été écouté(e), compris(e) par votre conjoint(e) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15	Eu une vie sentimentale et sexuelle satisfaisante ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16	Été écouté(e), compris(e) par les soignants (médecins, infirmières...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17	Été aidé(e), soutenu(e) par les soignants (médecins, infirmières...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Été satisfait(e) des informations données par les soignants (médecins, infirmières...) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Été aidé(e), soutenu(e) par votre	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Au cours des douze derniers mois, avez-vous...							
	famille ?						
20	Été écouté(e), compris(e) par votre famille ?	<input type="checkbox"/>					
21	Été aidé(e), soutenu(e) par vos amis, votre entourage ?	<input type="checkbox"/>					
22	Été écouté(e), compris(e) par vos amis, votre entourage ?	<input type="checkbox"/>					
23	Rencontré des difficultés dans les démarches administratives liées à la maladie de votre enfant ?	<input type="checkbox"/>					
24	Eu des difficultés financières pour faire face à la maladie ?	<input type="checkbox"/>					
25	Eu des difficultés matérielles (logement, transports...) ?	<input type="checkbox"/>					

IV. Questionnaire sur la santé du patient – Dépression (PHQ-9) :

Au cours des 2 dernières semaines, selon quelle fréquence avez-vous été gêné(e) par les problèmes suivants? <i>(Veuillez cocher (✓) votre réponse)</i>	Jamais	Plusieurs jours	Plus de la moitié du temps	Presque tous les jours
1. Peu d'intérêt ou de plaisir à faire les choses	0	1	2	3
2. Être triste, déprimé(e) ou désespéré(e)	0	1	2	3
3. Difficultés à s'endormir ou à rester endormi(e), ou dormir trop	0	1	2	3
4. Se sentir fatigué(e) ou manquer d'énergie	0	1	2	3
5. Avoir peu d'appétit ou manger trop	0	1	2	3
6. Avoir une mauvaise opinion de soi-même, ou avoir le sentiment d'être nul(le), ou d'avoir déçu sa famille ou s'être déçu(e) soi-même	0	1	2	3
7. Avoir du mal à se concentrer, par exemple, pour lire le journal ou regarder la télévision	0	1	2	3
8. Bouger ou parler si lentement que les autres auraient pu le remarquer. Ou au contraire, être si agité(e) que vous avez eu du mal à tenir en place par rapport à d'habitude	0	1	2	3
9. Penser qu'il vaudrait mieux mourir ou envisager de vous faire du mal d'une manière ou d'une autre	0	1	2	3
FOR OFFICE CODING.	0	+	+ + + + +	+ + + + +
			= Score Totale:	+ + + + +
Si vous avez coché au moins un des problèmes évoqués, à quel point ce(s) problème(s) a-t-il (ont- ils) rendu votre travail, vos tâches à la maison ou votre capacité à vous entendre avec les autres difficile(s)?				
Pas du tout difficile(s)	Assez difficile(s)	Très difficile(s)	Extrêmement difficile(s)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Annexe 2 :

Fiche d'exploitation en Darija marocaine et Tamazight (Tachelhit) :

ا. البيانات الاجتماعية - الاقتصادية لمرافق المريض:

- الاسم الكامل:
- رقم الهاتف:
- العمر:
- الجنس: ذكر أنثى
- علاقة القرابة مع المريض: أب أو أم المريض (ة) أخ أو أخت المريض (ة) ابن أو بنت المريض (ة)
- الزوج أو الزوجة علاقة أخرى
- الحالة الاجتماعية: متزوج (ة) غير متزوج (ة) مطلق (ة) أرمل (ة)
- المستوى التعليمي: أمي (ة) الابتدائي الإعدادي أو الثانوي الجامعي
- المستوى الاجتماعي-الاقتصادي: < 2800 درهم في الشهر . بين 2800 و 6763 درهم في الشهر . > 6763 درهم في الشهر .
- النشاط المهني الحالي: عامل عاطل
- الإضطرابات النفسية (حالية أو في الماضي):

ا. البيانات السريرية للمريض:

- الإسم الكامل:
- حالة الإستشفاء . حالة الإستشارة الطبية
- الجنس: ذكر . أنثى
- الحالة الاجتماعية: متزوج (ة) غير متزوج (ة) مطلق (ة) أرمل (ة)
- شراء الأدوية من طرف: المريض العائلة
- مدة تطور المرض (بالسنوات):
- عدد مرات الإستشفاء:
- حادث خطير: (عنف تجاه العائلة، إشعال النار): نعم لا
- محاولات الانتحار في الماضي: نعم لا
- سوابق قضائية: لا نعم (عدد مرات الحجز:
- اضطراب تعاطي المخدرات (بخلاف التبغ): القنب الهندي (الحشيش) الكحول مواد أخرى:

III. استبيان جودة حياة مرافقي مرضى الفصام:

فأش كاتقابل ولدك لي مريض...
لي إمرىضن ... أليح أتقابلت إويك

ف هاد العام الفايته، واش... \ العاماد لي يزرين إزد						
غير معني	ديما \ يوميا	غالبا \ بزاف \ إكوت	مرة مرة	قليل \ إدروس	لا والو عادي	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	1 • كتكون حزبن ولا مفلق بزاف ديال الوقت؟ • أرباهرا تقلابت، تقلتت بدا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	2 • كتكون مهلوك نفسيا، مسخسخ؟ • أترمويت باهرا ح خاطر نك؟ • كاتقدر تحرك ولا مبقاش عندك الجهد؟ • أرتيزدرت أتحرأكت نعد أورشول إيلا الجهد؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	3 • كتحس بزاف ف الدات ديالك، كتحس براسك مسخسخ؟ • أترمويت باهرا ح الدات نك؟ • كتعصب بزاف؟ • أرباهرا تعصابت؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	4 • تخليتي على شي حاجة كانت عزيزة عليك على ود ولدك؟ • تفرط ح كرا ن الحاجة تعزا دارك فايويك؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	5 • نقصتي الوقت لي كتعطي لراسك (الخروج، دبر داكشي لي كيحبك دبر، الدور، وشي هواية، مهم ...)؟ • أورشول تاكات لوقت أوكايونك غي كلي بدا (أوراتفوت، أوراتسكارت غايلي تربت ...)؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	6 • كتحس براسك مبرزط ولا مشوش على ولدك / مكتقدرش تخليه و دبر خدمتك ولا تخرج ولا تعيش حياتك عادي؟ • أرباهرا تشواشت ف إويك أورتوفيت أتخدمت، نعد أتفوتت تقلت واحدوت، ولا تعيشت الحياة نك عادي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	7 • كتحس براسك مبقيتيش كتعطي الوقت للعائلة ديالك؟ • أرتحوسوت سواكايونك أورشول تاكات لوقت إي العائلة نك غيكلي بدا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	8 • كتحس براسك مبقيتيش حر، ديال راسك ؟ • أرتحوسوت سواكايونك أورشول تكيت وين أكايونك، أورتكيت حر؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	9 • عندك أهداف ولا شي حوايج كتفكر دبرهوم ولا كتفكر غي دوز النهار وصافي؟ • أورشول تفكارت أتسكرت كرا الحاجة غ الحياة نك نعد أكا تزريرت كود أس دنتا وصافي؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	10 • كقدر دبر شي حاجة بيغيتي دبرها فدارك مثلا ولا فالخدمة ولا لا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	11 • كقدر دبر شي حاجة بيغيتي دبرها فدارك مثلا ولا فالخدمة ولا لا؟
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	12

						<ul style="list-style-type: none"> • أرتيزديرت أنسكرت كرا الحاجة ح تيكمينك ولا الخدمة إحتيريت ولا أهور؟ 	
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • مرتك كتعاونك؟ • أركتعاون تمغارتتك؟ 	13					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • مرتك، كتسمع ليك كتفهمك؟ • أراك تسفليد تمغارتتك، أراك تفهام؟ 	14					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • العلاقة بيناتكم مزيانة؟ • العلاقة نكراتون تفولكي؟ 	15					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • الأطباء والمرضين كيسمعو ليك، كايعطوك لوقت أو كيفموك؟ • إضبيين د إيفرملين أراونسفليدين، أركنتفهامن أراوناكان لوقت؟ 	16					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • الأطباء والمرضين هنا كايعاونوك؟ • إضبيين د إيفرملين أركنتعاون؟ 	17					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • مقتنع بالمعلومات والحلول لي كيعطوك الأطباء والمرضين؟ • تقاتتعت س المعلومات لياكاكان إضبيين د إيفرملين؟ 	18					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • العائلة ديالك كايعاونوا معاك ماديا؟ • الفاميليا نك أركتعاون ماديا؟ 	19					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • العائلة ديالك كيسمعو ليك أو كيفموك؟ • الفاميليا نك أراكسفليدين، أركتفهامن؟ 	20					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • الأصدقاء ديالك كايعاونوا معاك؟ • إيمدوكال نك أركتعاون ماديا؟ 	21					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • الأصدقاء ديالك كيسمعو ليك أو كيفموك؟ • إيمدوكال نك أراك سفليدين، أركتفهامن؟ 	22					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • كاتلقا مشاكل في الإجراءات الإدارية لي متعلقة بالمرض ديال ولدك (الوراق ديال الموعد ولا ديال الدوا ولا ديال النعاس)؟ • أرتافات المشكل ح الإجراءات الإدارية لي يتعلقن س المرض نيويك (الوراق ن الموعد , الدوا , النعاس)؟ 	23					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • كاتلقا مشكل ف المصاريف ديال المرض ديال ولدك (الدوا , التدوية ...)؟ • أرتافات المشكل ح المصاريف ن المرض نيويك (الدوا , التدوية ...)؟ 	24					
<input type="checkbox"/>	<ul style="list-style-type: none"> • كاتلقا مشكل فالمعيشة والمصاريف ديال الدار؟ • أرتافات المشكل ح المعيشة د المصاريف نتكمي؟ 	25					

IV. استبيان صحة المريض - الاكتئاب (PHQ-9):

تقريبا يوميا	بزاف، غالبا	قليل	أبدا، والو	كيداير فهاد 15 يوم لي فات؟
3	2	1	0	1. عندك الخاطر ولا محامل دير والو؟ أرتافات الخاطرنك أولا والو؟
3	2	1	0	2. كيجبك الحزن وبطيح عليك الضيم؟ أرباهرا تقلابت، أرتزيارت ح الخاطرنك؟
3	2	1	0	3. كنتعس مزيان؟ مرتاح؟ فالوقت؟ أرتكانت مزيان؟ أرترتاحت؟ ح لوقت؟
3	2	1	0	4. كتعيا بزاف وسط النهار؟ أترمويت بزاف توزومت نواس؟
3	2	1	0	5. الشهية ديالك مخريقة؟ الشهية نك تفولكي؟ أرتشتات مزيان؟
3	2	1	0	6. مكنحلمش راسك ولا كتنقول مع راسك: أنا معندي قيمة، أنا مدرت والو فحياتي، فرطت فالعائلة ديالي؟ أورتحملت أكايونك؟ أرتسبوت أكايونك؟ أرتبنيبت نكي أورسيويح والو؟ أورسكرح والو غ الحياة إينو؟ فرطغ غ العائلة إينو؟
3	2	1	0	7. كتعقل مزيان ولا كنتسي؟ كتنقدر تبع مع شي حاجة كديرها ولا كنتسها بزاف؟ أرتعقالت مزيان نعد أرتاوت؟ أرتبذرت أتبعات دكرا الحاجة لي تسكارت نعد أرتسهوت؟
3	2	1	0	8. كتس بهضرتك تقيلة؟ والحركات ديالك تقال؟ كتوتر بزاف (كتستريسا) تا مكنقدرش تجلس عادي؟ أرتحسوت سواوالكن إيزداي؟ د الحركاتك زداينت؟ أرتوتارت بزاف أوراتافت أتسكوست عادي؟
3	2	1	0	9. كتنقول حسن نموت ولا ندير شي حاجة فراسي؟ أرتبنيبت دو أكايونك يوف أدمتج ولا أدركرح كرا ن الحاجة غو أكايونو؟
_____ + _____ + _____ + 0				
مجموع النقاط = _____				
هادشي داير ليك مشكل فالخدمة ديالك؟ الشغل ديال الدار؟ العلاقات مع الناس؟ أراكيسكار غاياد المشكل ح الخدمة نك؟ الشغل نتكمي؟ العلاقات نك دميدن؟				
بزاف نيت		بزاف		شويا <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
				لا عادي <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



BIBLIOGRAPHIE



1. **Ayano G.**
Schizophrenia: A Concise Overview of Etiology, Epidemiology Diagnosis and Management: Review of literatures. Journal of Schizophrenia Research. 2 juill 2016;3:1-7.
2. **Murray CJL, éditeur.**
The global burden of disease: summary; a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020. Geneve: World Health Organization [u.a.]; 1996. 43 p.
3. **Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 29 août 2023].**
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
4. **Gutiérrez-Maldonado J, Caqueo-Urizar A, Kavanagh D.**
Burden of care and general health in families of patients with schizophrenia. Social psychiatry and psychiatric epidemiology. 1 déc 2005;40:899-904.
5. **Richieri R, Boyer L, Reine G, Loundou A, Auquier P, Lançon C, et al.**
The Schizophrenia Caregiver Quality of Life questionnaire (S-CGQoL): Development and validation of an instrument to measure quality of life of caregivers of individuals with schizophrenia. Schizophrenia Research [Internet]. mars 2011 [cité 12 juill 2023];126(1-3):192-201.
Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0920996410015094>
6. **service de psychiatrie d'Inezgane [Internet]. [cité 10 oct 2023].**
Disponible sur: <https://lematin.ma/journal/2018/service-psychiatrique-lhopital-inezgane-rehabilite/302210.html>
7. **Hussain A, Dar S, Mir R, Bhat B.**
Caregiver Burden and Quality of Life in Primary Caregivers of Schizophrenia Patients: A Cross-sectional Study from a Tertiary Care Hospital. Acta Medica International. 12 juin 2020;7:13-8.
8. **Cochran W.**
Sampling Techniques.
Vol. 20, Technometrics. 1977.
9. **Barlett JE, Kotrlik J, Higgins C.**
Organizational Research: Determining Appropriate Sample Size in Survey Research. Information Technology, Learning, and Performance Journal. 1 janv 2001;19.

10. **Richieri R, Boyer L, Reine G, Loundou AD, Simeoni MC, Auquier P, et al.**
Validation française d'un questionnaire de qualité de vie des aidants naturels de patients schizophrènes. L'Encéphale [Internet]. juill 2011 [cité 6 sept 2023];S0013700611000066.
Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700611000066>
11. **Sustrami D, Suhardiningsih AVS, Purbasari DN, Budiarti A.**
A Descriptive Study of Quality of Life of Caregiver in the Family of Schizophrenia Patients. MJN [Internet]. 2022 [cité 20 sept 2023];14(02):1247.
Disponible sur: <https://ejournal.lucp.net/index.php/mjn/article/view/1729>
12. **Sawaya H, Atoui M, Hamadeh A, Zeinoun P, Nahas Z.**
Adaptation and initial validation of the Patient Health Questionnaire – 9 (PHQ–9) and the Generalized Anxiety Disorder – 7 Questionnaire (GAD–7) in an Arabic speaking Lebanese psychiatric outpatient sample. Psychiatry Research [Internet]. mai 2016 [cité 6 août 2023];239:245-52.
Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0165178116304504>
13. **Kroenke K, Spitzer RL, Williams JBW. The PHQ–9.**
J Gen Intern Med [Internet]. sept 2001 [cité 18 juill 2023];16(9):606-13.
Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1495268/>
14. **Cheung RYM. Patient Health Questionnaire–9 (PHQ–9). In: Medvedev ON, Krägeloh CU, Siegert RJ, Singh NN, éditeurs.**
Handbook of Assessment in Mindfulness Research [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2023 [cité 31 juill 2023]. p. 1-11.
Disponible sur: https://link.springer.com/10.1007/978-3-030-77644-2_63-1
15. **Qu'attend la classe moyenne marocaine de l'Etat? | Blog de Omar El Hyani [Internet]. 2013 [cité 28 juill 2023].**
Disponible sur: <https://www.elhyani.net/quattend-la-classe-moyenne-marocaine-de-letat/>
16. **Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 22 oct 2023].**
Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
17. **Velligan DI, Rao S.**
The Epidemiology and Global Burden of Schizophrenia. J Clin Psychiatry [Internet]. 18 janv 2023 [cité 29 août 2023];84(1).
Disponible sur: <https://www.psychiatrist.com/jcp/schizophrenia/epidemiology-global-burden-schizophrenia/>

18. **American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs.**
Diagnostic and statistical manual of mental disorders:
DSM-5. 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.
19. **Franck N.**
Clinique de la schizophrénie. EMC – Psychiatrie [Internet]. janv 2013 [cité 30 août 2023];10(1):1-16.
Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0246107212595775>
20. **Charlson F, Ferrari A, Santomauro D, Diminic S, Stockings E, Scott J, et al.**
Global Epidemiology and Burden of Schizophrenia: Findings From the Global Burden of Disease Study 2016.
Schizophrenia bulletin. 12 mai 2018;44.
21. **McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia:**
A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. Epidemiologic Reviews [Internet]. 14 mai 2008 [cité 31 août 2023];30(1):67-76.
Disponible sur: <https://academic.oup.com/epirev/article-lookup/doi/10.1093/epirev/mxn001>
22. **Sher, Kahn.**
Suicide in Schizophrenia: An Educational Overview.
Medicina. 10 juill 2019;55:361.
23. **Potvin S, Stip E, Roy JY.**
Schizophrénie et cannabinoïdes: Données cliniques, expérimentales et biologiques. dss [Internet]. 7 juill 2004 [cité 18 sept 2023];2(2). Disponible sur:
<http://id.erudit.org/iderudit/008536ar>
24. **La comorbidité schizophrénie et toxicomanie □:**
Facteurs de risque et conséquences/2016 [Internet]. [cité 31 juill 2023].
Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2016/these17-16.pdf>
25. **Wahl O, Harman C.**
Family Views of Stigma.
Schizophrenia bulletin. 1 févr 1989;15:131-9.

26. **Crisp AH, Gelder MG, Rix S, Meltzer HI, Rowlands OJ.**
Stigmatisation of people with mental illnesses. *Br J Psychiatry* [Internet]. juill 2000 [cité 18 sept 2023];177(1):4-7.
Disponible sur:
https://www.cambridge.org/core/product/identif/50007125000154935/type/journal_article
27. **Kadri N, Manoudi F, Berrada S, Moussaoui D.**
Stigma Impact on Moroccan Families of Patients with Schizophrenia. *Can J Psychiatry* [Internet]. sept 2004 [cité 1 août 2023];49(9):625-9.
Disponible sur: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/070674370404900909>
28. **Perception de la schizophrénie par les professionnels de la santé .**
[pdf/2023](#).
29. **Janoutová J, Janáčková P, Šerý O, Zeman T, Ambroz P, Kovalová M, et al.**
Epidemiology and risk factors of schizophrenia. 2016;
30. **Krebs MO, Frajerman A.**
Épidémiologie de la schizophrénie.
LA REVUE DU PRATICIEN. 2021;71.
31. **QDV des mères et des pères d'enfants avec Trouble du Spectre de l'Autisme**
[effet du stress et du coping.pdf](#).
32. **Jordao DT, Trabelsi T.**
QUELLES INTERVENTIONS INFIRMIERES POURRAIENT DIMINUER LE FARDEAU DES PROCHES AIDANTS DES PATIENTS ATTEINTS DE SCHIZOPHRENIE, AFIN DE LES MAINTENIR DANS LA PRISE EN CHARGE?
33. **Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Boucekine M, Richieri R, Auquier P, et al.**
Cross-Cultural Adaptation and Validation of the Quality of Life Questionnaire for Caregivers of Patients with Schizophrenia (S-CGQoL) in Latin America. *L'Encéphale* [Internet]. août 2021 [cité 12 juill 2023];47(4):291-8.
Disponible sur: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0013700621000191>
34. **Tristiana RD, Triantoro B, Nihayati HE, Yusuf A, Abdullah KL.**
Relationship Between Caregivers' Burden of Schizophrenia Patient with Their Quality of Life in Indonesia. *J Psychosoc Rehabil Ment Health* [Internet]. déc 2019 [cité 22 juill 2023];6(2):141-8. Disponible sur: <http://link.springer.com/10.1007/s40737-019-00144-w>

- 35. Derajew H, Tolessa D, Feyissa GT, Addisu F, Soboka M.**
Prevalence of depression and its associated factors among primary caregivers of patients with severe mental illness in southwest, Ethiopia.
BMC Psychiatry [Internet]. 9 mars 2017 [cité 1 oct 2023];17(1):88. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12888-017-1249-7>
- 36. Gupta S, Isherwood G, Jones K, Van Impe K.**
Assessing health status in informal schizophrenia caregivers compared with health status in non-caregivers and caregivers of other conditions.
BMC Psychiatry [Internet]. 21 juill 2015 [cité 1 oct 2023];15(1):162. Disponible sur: <https://doi.org/10.1186/s12888-015-0547-1>
- 37. Ukpong D, Ibigbami O.**
Sizofreni ve Bipolar Duygulanım Bozukluğu Hastalarına Bakım Verenlerin Yasam Kalitelerinin Karsilastirilmesi: Bir Guneybati Nijerya Calismasi. Turkish Journal of Psychiatry [Internet]. 2021 [cité 7 oct 2023];
Disponible sur: <http://www.turkpsikiyatri.com/default.aspx?modul=doi&doi=u25125>
- 38. Akinfala A, Sowunmi O, Sakeeb I.**
Prevalence and correlates of depression and quality of life among primary caregivers of patients with schizophrenia attending a Nigerian Tertiary Hospital.
BJPsych Open. 1 juin 2021;7:S3-4.



قسم الطبيب

أقسِمُ بِاللَّهِ الْعَظِيمِ

أَنْ أَرِاقِبَ اللَّهَ فِي مِهْنَتِي .

وَأَنْ أَصُونَ حَيَاةَ الْإِنْسَانِ فِي كَافَّةِ أَطْوَارِهَا فِي كُلِّ الظُّرُوفِ

وَالْأَحْوَالِ بِإِذْنِ اللَّهِ وَسَعِي فِي إِنْقَادِهَا مِنَ الْهَلَاكِ وَالْمَرَضِ

وَالْأَلَمِ وَالْقَلْقِ .

وَأَنْ أَحْفَظَ لِلنَّاسِ كِرَامَتَهُمْ، وَأَسْتُرَ عَوْرَتَهُمْ، وَأَكْتُمَ سِرَّهُمْ .

وَأَنْ أَكُونَ عَلَى الدَّوَامِ مِنْ وَسَائِلِ رَحْمَةِ اللَّهِ، بِإِذْنِ اللَّهِ رِعَايَتِي الطَّبِيبَةَ لِلْقَرِيبِ

وَالْبَعِيدِ، لِلصَّالِحِ وَالطَّالِحِ، وَالصَّدِيقِ وَالْعَدُوِّ .

وَأَنْ أَتَأْبِرَ عَلَى طَلْبِ الْعِلْمِ، وَأَسَخِّرَهُ لِنَفْعِ الْإِنْسَانِ لَا لِأَدَاهِ .

وَأَنْ أُوَقِّرَ مَنْ عَلَّمَنِي، وَأُعَلِّمَ مَنْ يَصْغُرُنِي، وَأَكُونَ أَخًا لِكُلِّ زَمِيلٍ فِي الْمِهْنَةِ

الطَّبِيبَةِ مُتَعَاوِنِينَ عَلَى الْبِرِّ وَالتَّقْوَى .

وَأَنْ تَكُونَ حَيَاتِي مِصْدَاقَ إِيمَانِي فِي سِرِّي وَعَلَانِيَتِي، نَقِيَّةً مِمَّا يُشِينُهَا تَجَاهَ

اللَّهِ وَرَسُولِهِ وَالْمُؤْمِنِينَ .

وَاللَّهُ عَلَى مَا أَقُولُ شَهِيدٌ

جودة حياة عائلات المرضى المصابين بالفصام

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2023/11/09
من طرف

السيد عصام التايك

المزداد في 19 أكتوبر 1995 بأكادير

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية:

الفصام، جودة الحياة، العائلة، المرافق.

اللجنة

الرئيسة

المشرف

الحكام

{

ف. منودي

أستاذة في طب النفس

خ.مهادي

أستاذ في طب النفس

إ.راموز

أستاذ في طب النفس

س.أيت بظاهر

أستاذة في الأمراض التنفسية

السيدة

السيد

السيد

السيدة