

Ministère de l'Enseignement Supérieur

Et de la Recherche Scientifique



U.S.T.T-B

Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

République du Mali

UN PEUPLE - UN BUT - UNE FOI



Année universitaire 2022-2023

Thèse N°/...../

TITRE

**Etude des facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique
chez les patients souffrant de schizophrénie dans le service de
psychiatrie du CHU point G d'Octobre 2022 à Octobre 2023**

THESE

Présentée et soutenue publiquement le 03 / 02/ 2024 devant le jury de la Faculté
de Médecine et d'Odonto-Stomatologie

Par :

M. Sory Ibrahim MAÏGA

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine (Diplôme d'Etat)

JURY

Président : M. Thomas COULIBALY, Maître de Conférences

Membres : M. Aperou dit Eloi DARA, Chargé de Cours

: M. Salia KEITA, Maître Assistant

Co-directeur : M. Boubacar H MAIGA, Chargé de Recherches

Directeur : M. Souleymane dit Papa COULIBALY, Maître de Conférences

DEDICACES

Je dédie ce travail :

***A Dieu :** le Créateur des cieux, de la terre et de tout ce qui s'y trouve.*

La sagesse commence par la crainte de sa parole, que son nom soit glorifié, magnifié et exalté ; qu'il nous protège et nous guide vers un droit chemin. Amen

Au prophète Mohamad (Paix et Salut sur Lui) : qui a été pour nous un modèle parfait et le restera pour toujours. Que la paix d'Allah soit sur lui ainsi que tous ceux qui le suivront jusqu'au dernier jour.

□ ***À ma tendre et adorable maman Kadidiatou MAIGA :***

Votre amour inconditionnel et soutien permanent ont été toujours un grand secours. Ce travail est le tien, le couronnement de toutes ces années de patience, de soutien et de compréhension. Vous nous avez enseigné les règles de la bonne moralité, de l'honnêteté et de la bonne conduite. Vous êtes l'exemple de douceur et d'amour incommensurable. Que Dieu maître de l'univers t'accorde sa grâce et garde longtemps près de nous. Maman je t'aime fort et c'est plus que de simples mots.

□ ***À mon père Boubacar Sory MAIGA***

Cher père, vous m'avez montré le chemin du travail, votre amour de l'éducation a toujours guidé mes pas, votre sagesse et votre culture d'une famille unie resteront à jamais dans nos mémoires. Votre amour particulier pour nous m'a illuminé le chemin du savoir. vous avez été un idéal pour moi, votre sens de l'honneur et de la justice m'ont inspiré tout le long de ma vie. Ces valeurs m'ont aidé à m'adapter aux exigences de la formation médicale et m'aideront à prendre toute la mesure de la profession médicale.

□ ***A mes frères et sœurs :***

Vous n'avez pas manqué de m'entourer de chaleur familiale nécessaire durant ces longues années d'études. Trouvez ici mon attachement maternel. je vous adore tous, vous êtes sur source d'inspiration.

□ ***Au Pr feu Gangaly DIALLO***

Vous êtes l'inspiration qui m'a poussé à faire la médecine. Merci pour vos conseils, j'ai juste le regret de ne pas avoir pu vous côtoyer assez. Seul Allah saura vous récompenser à la hauteur de ses actes. Qu'Allah t'accueille dans son paradis. Amen !

! À mes tantes : Vous avez été d'un apport inestimable dans l'élaboration de ce travail.

Mes remerciements vont :

A mon père Manzou TRAORE : Votre aide et vos conseils avisés m'ont permis de retrouver la voie à chaque fois que l'obscurité me voilait la vue.

A mon Frère Kader MAIGA : Cet travail vous est entièrement dédié cher aîné, car si je suis l'instigateur vous êtes le soutien indéfectible qui a permis sa réalisation.

A toute la famille MAIGA de Hombori, partout où vous êtes, ce travail vous est dédié .

A mes amis : Adama A TRAORE Ismael Aviha DIAKITE, Aboubakar Sidiki TRAORE, Amadou GARIKO, Saouti KONATE, Moussa DIARRA, Eugène TRAORE, Bintou ISSA DEMBELE,

A mon cher Maitre Dr Kadiatou TRAORE OUATTARA : Cher maître, cher mentor, j'atteste et sans aucune glorification que vous êtes sans aucun doute la personne au monde qui mérite le plus mon respect. J'ai été marqué par la force de caractère de votre personne. Vous avez été une mère maternante pour moi. Si ce travail existe, c'est bien grâce à vous qu'à moi-même.

A tous les personnels du service de psychiatrie du CHU Point-G. Je déplore le manque de mots adéquats pour vous témoigner l'amour et l'admiration que je vous porte. Puisse la franchise, la spontanéité avec laquelle nous nous sommes aidés reste inaltérable. Grand merci à vous tous.

HOMMAGES AUX MEMBRES DU JURY

A notre Maître et Président du jury

Professeur Thomas COULIBALY

- Maître de conférences à la FMOS
- Praticien Hospitalier au CHU Point G
- Chef de service de la Neurologie du CHU Point G
- Spécialiste en Neurologie
- Titulaire d'un certificat en Neurosciences et en Neuro-oncologie
- Membre de la Société Malienne de Neurosciences (SMN)
- Membre de la Société de Neurologie du Mali
- Membre de la Société Malienne de génétique humaine
- Membre et représentation sub-saharienne de l'Association des Neuro
- Oncologues à Expression Française (ANOCEF)

Honorable Maître,

Vous nous faites un grand honneur d'accepter de présider le jury de thèse. Nous avons eu la chance et le privilège de profiter de votre culture scientifique, vos compétences professionnelles incontestables ainsi que vos qualités humaines qui vous valent l'admiration et le respect. Puissent des générations avoir la chance de profiter de votre savoir qui n'a d'égal, de votre sagesse et votre bonté. Veuillez, cher maître trouver dans ce modeste travail l'expression de notre haute considération.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Docteur Apérou dit Eloi DARA

- Psychiatre, Praticien hospitalier au service de psychiatrie du CHU Point G,
- Détenteur d'un Diplôme Universitaire en psycho traumatologie ,
- Chargé de cours à la FMOS ;
- Membre de la société malienne de santé mentale (SOMASAM);
- Membre de la société africaine de santé mentale (SASM)

Cher Maître,

Vous nous faites un grand honneur en acceptant de vous associer à notre jury de thèse. Vous nous avez toujours réservée le meilleur accueil malgré vos obligations professionnelles. Votre amabilité, votre compétence, vos qualités humaines et professionnelles inspirent une admiration et un grand respect.

A NOTRE MAITRE ET JUGE

Dr Salia KEITA

- Détenteur d'un Diplôme Universitaire d'étude spécialité en santé publique
- Détenteur d'un Master 2 en action de santé Publique ,
- Maitre-assistant à l'USTTB département de santé publique.

Cher maître,

Aujourd'hui nous sommes plus que fiers d'être compté parmi vos étudiants. Nous retenons de vous un maître disponible, humble et attentif. Honorable maître, les mots nous manquent en ce jour si merveilleux de vous exprimer notre profonde gratitude et reconnaissance. Que la santé, la paix, l'amour et la grâce de Dieu soit votre partage de tous les jours, amen.

A NOTRE MAITRE ET CO-DIRECTEUR DE THESE

Dr Boubacar H MAIGA

- Psychiatre, Praticien hospitalier au service de Psychiatrie du CHU Point G
- Détenteur du Diplôme de Formation Médicale Spécialisée en psychiatrie
- Membre de la Société Malienne de Santé Mentale (SOMASAM),
- Membre de la Société AFRICAINE de santé Mentale (SASM),
- Chargé de recherche

Cher Maître :

Nous avons été impressionnés par votre disponibilité, votre simplicité, votre abord facile tout au long de cette thèse. Nous avons trouvé en vous le conseiller et le guide qui nous a reçues en toute circonstance avec sympathie, sourire et bienveillance. Nous sommes très fiers d'avoir appris auprès de vous et nous espérons avoir été à la hauteur de vos attentes. Veuillez accepter, cher maître, dans ce travail l'assurance de notre sincère reconnaissance et de notre profond respect.

A NOTRE MAITRE ET DIRECTEUR DE THESE

Professeur Souleymane dit Papa COULIBALY

- Médecin psychiatre, chef de service de psychiatrie du CHU point-G ;
- Maître de conférences à la FMOS ;
- Ancien interne des Hôpitaux du Mali ;
- Secrétaire General à l'organisation de la société Malienne de santé mentale ;
- Secrétaire General de la société africaine de santé mentale (SASM) ;
- Membre de la société malienne de Neurosciences.

Honorable Maître,

Cher Professeur, votre générosité, votre modestie, votre rigueur et votre désir permanent de perfectionnement dans tout travail scientifique font de vous un maître exemplaire et reconnu de tous. C'est avec un grand plaisir pour nous d'avoir bénéficié de votre encadrement. Recevez ici, cher maître, l'expression de notre profonde gratitude et de notre profond respect.

LISTE DES ABREVIATIONS

- CHU** : Centre Hospitalier Universitaire
- CIM** : Classification internationale des maladies
- DG** : Directeur Général
- DGA** : Directeur Général Adjoint
- DSM** : Diagnostic and Statistical Manual
- EPH** : Établissement Public Hospitalier
- MAQ** : Médication Adhérence Questionnaire
- OMS** : Organisation mondiale de la santé
- SIDA** : Syndrome d'Immuno-Déficiences Acquis.
- MARS** : Medication Adherence Rating Scale
- WHOQOL** : World Health Organization Quality Of Life
- CIM** : Classification International des Maladies
- CPK** : Creatine Phosphokinase
- TDA/H** : Trouble Déficitaires de l'Attention avec ou sans Hyperactivité
- TSA** : Trouble du Spectre de l'Autisme

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	23
Tableau II : Répartition des patients selon la religion.....	24
Tableau III : Répartition des patients selon la cohabitation.....	24
Tableau IV : Répartition des patients selon l'entourage.....	25
Tableau V : Répartition des patients selon la situation professionnelle.....	25
Tableau VI : Répartition des patients selon la source de revenu.....	26
Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau scolaire.....	26
Tableau VIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial.....	27
Tableau IX : Répartition des patients selon le lieu de résidence.....	27
Tableau X: Répartition des patients selon le niveau scolaire des parents.....	31
Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique des parents.....	31
Tableau XII : Répartition des patients selon leur qualité de vie globale.....	32
Tableau XIII : Répartition des patients selon la satisfaction sur l'état de santé.....	32
Tableau XIV : Répartition des patients selon les dimensions de la qualité de vie en fonction des catégories.....	33
Tableau XV : Répartition des patients selon l'insight.....	34
Tableau XVI : Répartition des patients selon l'observance thérapeutique.....	34
Tableau XVII : Caractéristiques socio-démographiques associées à la mauvaise observance chez les patients.....	35
Tableau XVIII : Caractéristiques familiales associées à la mauvaise observance chez les patients.....	35
Tableau XIX: Caractéristiques cliniques associées à la mauvaise observance chez les patients.....	37

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe	23
Figure 2 : Répartition des patients selon la consommation de drogues	28
Figure 3 : Répartition des patients selon le type de drogues consommés au cours de la vie ...	29
Figure 4 : Répartition des patients selon la présence de trouble psychiatrique familial	30

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION.....	1
OBJECTIFS	4
Objectif général :.....	4
Objectifs Spécifiques :	4
I. GÉNÉRALITÉS.....	5
1.1 Définition :.....	5
1.2 Historique	5
1.3 Epidémiologie.....	5
1.4 Ethiopathologie.....	6
1.5 Diagnostic positif.....	6
1.6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL	8
1.7 FORMES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE	9
1.8 EVOLUTION	12
1.9 PRONOSTIC	12
1.10 TRAITEMENT	12
II. MÉTHODOLOGIE.....	15
2.1. Cadre de l'étude.....	15
2.2. Type et Période d'étude	19
2.3. Population d'étude.....	19
2.4. Echantillonnage	19
2.5. Collecte des données	20
2.6. Variables de l'étude :	20
2.7. Analyse des données :.....	22
2.8. Considérations éthiques.....	22
III. RÉSULTATS	23
3.1. Données sociodémographiques	23
3.2. Informations familiales.....	30

3.3. Caractéristiques cliniques :.....	32
3.4. Facteurs associés à l'inobservance thérapeutique	35
IV. DISCUSSION	38
4.1. Informations sociodémographiques :.....	38
4.2. Informations familiales.....	40
4.3. Caractéristiques cliniques :.....	40
4.4. Facteurs associés à la mauvaise observance :.....	40
4.5. Limite de l'étude :.....	41
CONCLUSION	42
RECOMMANDATIONS.....	43
REFERENCES.....	44
ANNEXES	48

INTRODUCTION

Le terme schizophrénie définit un groupe de troubles, caractérisés par un continuum de signes, dont les plus marquants sont des distorsions de la pensée et de la perception. Les symptômes positifs représentent diverses expériences hallucinatoires et idées délirantes, qui sont dues à une distorsion du fonctionnement normal [1]. Le groupe des symptômes dits négatifs apparaît systématiquement chez les patients schizophrènes et comprend notamment un nivellement de l'affect, ainsi qu'un manque d'émotion et de volonté [1].

Les schizophrénies sont parmi les troubles les plus sévères de la médecine et touchent directement 1 % de la population, mais bien plus encore lorsque l'on considère les impacts de ces troubles sur le milieu familial et social. [1]

Selon l'OMS, la schizophrénie touche 24 millions de personnes dans le monde, soit 0,32 % de la population mondiale et 0,45 % des adultes de 18 ans, et plus, est touché [2]. La prévalence de la schizophrénie a augmenté régulièrement au cours des quatre dernières décennies dans le monde, passant de 13,1 millions à 20,9 millions de cas entre 1990 et 2016.[3]

L'Afrique subsaharienne, orientale, l'Afrique du Nord et le Moyen-Orient ont enregistré l'augmentation en pourcentage les plus élevés du nombre de cas au cours de la période de 1990-2016, avec respectivement 126 % et 128 %.[3]

Le terme observance utilisé en médecine témoigne de l'exécution des prescriptions du médecin, médicamenteuses mais aussi non-médicamenteuses. En psychiatrie, l'une des difficultés majeures de l'étude de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie est l'absence de consensus clair concernant la définition de l'observance et ses moyens de mesure [4]. L'observance thérapeutique peut être définie non seulement comme la poursuite du traitement médicamenteux, mais inclut également le suivi thérapeutique, les mesures socio-professionnelles, les prises en charge psychothérapies et l'ensemble des facteurs de morbi-mortalité. [4]

D'autres définitions plus récentes, issues de conférences de consensus, ayant l'avantage d'être plus pratiques ont proposé de définir l'observance thérapeutique sur la base du pourcentage des médicaments non pris [4]. Ainsi, un patient est jugé :

« Observant » si les écarts par rapport à la prescription ne dépassent pas 20 % ;

« Partiellement observant » si les écarts sont compris dans une fourchette de 20 à 80 % ;

« Non observant » dès que le non-respect de la prescription dépasse 80 %.[4]

Le défaut d'observance du traitement chez les patients atteints de schizophrénie est un problème fréquent évoqué par toutes les études qui se sont occasionnées au sujet. La prévalence est estimée entre 20 et 89 % [4].

Une prise en charge efficace de la schizophrénie nécessite un traitement continu à long terme afin de maîtriser les symptômes et de prévenir les rechutes selon l'association américaine de psychiatrie. [5]

Le défaut d'observance chez les patients atteints de schizophrénie est l'un des principaux facteurs de rechutes et de répercussions négatives sur le plan clinique, fonctionnel, social, et financier. [4]

L'observance est ainsi le facteur principal qui conditionne le pronostic clinique et fonctionnel des patients atteints de schizophrénie. [4]

La non-observance avec le traitement médicamenteux est courante dans la schizophrénie ; environ 50 % des patients sont non observant un an après leur sortie de l'hôpital.[6]

Pourtant les médicaments antipsychotiques ont prouvé leur efficacité dans le traitement des symptômes positifs de la schizophrénie et la prévention des rechutes.

Les déterminants de l'observance identifiés dans la littérature varient d'une étude à l'autre. [7]

Si les effets secondaires des traitements ont longtemps été identifiés comme la principale cause de mauvaise observance, des travaux récents ont permis par l'exploration systématique de l'observance au sein d'une cohorte de patients suivis dans les centres experts schizophrénies de la fondation fondamentale de mieux comprendre la complexité de ses déterminants [7]. Le vécu subjectif du patient de son traitement, la coexistence d'un état dépressif, la qualité de la relation thérapeutique (l'alliance thérapeutique) ; la présence de symptômes positifs, le sexe masculin, la toxicomanie, le chômage et le faible fonctionnement social [7].

Les raisons prédominantes de non-observance spécifiques à un pays à faible revenu comprenaient une disponibilité insuffisante de nourriture pour contrer la stimulation de l'appétit et la force perçue des médicaments antipsychotiques. Le rôle vital de la famille ou d'un autre soutien social en l'absence d'un filet de sécurité sociale légal a été souligné, les attentes de guérison, plutôt que le besoin de soins continus, ont été signalées comme contribuant à la non-observance à plus long terme.[3]

Au Mali, bien que le défaut d'observance aux traitements neuroleptiques chez les patients atteints de schizophrénie soit un problème fréquent, dans la pratique clinique, les données sont quasi-absentes. Notre travail serait donc le premier à s'intéresser à cette problématique au Mali qui aura pour objectif d'étudier les facteurs associés à la mauvaise observance du traitement chez les patients souffrants de schizophrénie, suivis dans le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G.

OBJECTIFS

Objectif général :

Etudier les facteurs associés à la mauvaise observance du traitement chez les patients souffrant de schizophrénie dans le service de psychiatrie du CHU du Point G

Objectifs Spécifiques :

- Déterminer la fréquence de la mauvaise observance chez les patients atteints de schizophrénie.
- Identifier les facteurs familiaux associés à la mauvaise observance
- Mesurer l'association entre un faible insight et la mauvaise observance chez les patients atteints de schizophrénie.
- Mesurer l'association entre une qualité de vie basse et la mauvaise observance chez les patients atteints de schizophrénie.

I. GÉNÉRALITÉS

1.1 Définition :

Les psychoses sont des troubles qui peuvent se présenter sous de nombreuses formes: paranoïa, bouffée délirante aiguë, schizophrénie... Le point commun entre toutes ces formes est la perte plus ou moins durable et plus ou moins permanente de contact avec la réalité. Les psychoses désignent un ensemble de maladies mentales parmi lesquelles on distingue les psychoses aiguës des psychoses chroniques. Parmi celles-ci figurent principalement le groupe des schizophrénies, pathologies à la symptomatologie riche, revêtant des formes cliniques variées . La schizophrénie est caractérisée par une expression clinique hétérogène, les symptômes schizophréniques appartiennent à trois dimensions principales: positive (hallucinations et délires), négative (aboulie, apathies, retrait social) et désorganisée (troubles du cours de la pensée, incohérence des actions) [1].

1.2 Historique

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique très ancienne. Dès 2000 avant J C, le papyrus Ebers dans son livre des cœurs liste ses symptômes. Le premier diagnostic de schizophrénie fut établi en 1809 par un médecin français, Philippe PINEL. En 1852 MOREL décrit pour la première fois les signes cliniques, ensuite en 1860 il chercha l'étiologie organique de la pathologie et évoqua le concept de dégénérescence mentale et la nomma « démence précoce » [8].

En 1895, KRAEPELIN définit la « démence précoce » et c'est donc à cette époque que les premiers symptômes positifs comme les hallucinations sont repérés. Puis HECKER décrit la schizophrénie hébéphrénique où prédomine la symptomatologie dissociative et déficitaire, avec une pauvreté ou une absence du délire exprimé [9]. En 1911 que BLEULER propose finalement le terme de schizophrénie qui signifie esprit divisé ('SCHIZEN" fractionnement et 'PHREIN" esprit) [10].

1.3 Epidémiologie

La prévalence de la schizophrénie est d'environ 0,6-1 %. Son incidence est estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an. La fréquence de la schizophrénie a longtemps été considérée comme invariable selon les lieux et les populations mais elle dépend en fait de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore le fait de naître et grandir en milieu urbain[11].

Au Mali, sa prévalence est de 67,8% [12]

La maladie débute généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. 15 à 20 % des premiers épisodes ont lieu avant 18 ans. Des formes précoces (rares avant l'âge de 13 ans) ou tardives (après 35 ans) existent[13].

C'est une maladie « ubiquitaire », c'est-à-dire présente sous toutes les latitudes et dans toutes les cultures, elle existe dans le monde entier. Le profil symptomatique et le profil psychopathologique présentent d'étonnantes similitudes dans tous les pays et apparaissent comme indépendants des variations socioculturelles[11].

1.4 **Ethiopathologie**

L'étiologie de la schizophrénie demeure mal connue, même si plusieurs auteurs s'accordent actuellement à penser qu'il existe une composante génétique bien établie, interagissant avec des facteurs environnementaux (modèle polygénique et multifactoriel à seuil)[13]. Il existerait une prédisposition à la maladie, elle-même influencée par l'environnement (infection virale in utéro, complications obstétricales à la naissance, traumatisme crânien dans l'enfance, stress ...). La conjonction des facteurs génétiques et environnementaux conduirait lorsqu'un certain seuil de vulnérabilité serait atteint, à l'apparition de la maladie [9].

1.5 **Diagnostic positif**

Le diagnostic de la schizophrénie est posé par le personnel médical et repose sur l'analyse du discours du patient pendant l'entretien, l'histoire de la maladie recueillie auprès de la famille, la durée d'évolution de la maladie et souvent sur des examens biologiques pour pouvoir éliminer les affections somatiques susceptibles de provoquer un trouble psychotique du même cadre.

Il repose essentiellement sur trois syndromes majeurs : Le délire paranoïde, Le syndrome de désorganisation, les signes négatifs associés à une évolution de 6 mois.

Ce diagnostic est fait en fonction des critères donnés par des experts internationaux dans le 5ème manuel diagnostique et statistique des maladies DSM5 et aussi de la 11^{ème} classification internationale des maladies CIM11.

Selon le DSM5 [14] : ce manuel parle de critères qui sont :

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

1. Idées délirantes.
 2. Hallucinations.
 3. Discours désorganisé (p. ex. incohérences ou déraillements fréquents).
 4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique.
 5. Symptômes négatifs (aboulie ou diminution de l'expression émotionnelle).
- B. Durant une proportion significative de temps depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
- C. Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes prodromiques ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
- D. Un trouble schizoaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que :
- 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes,
 - 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
- E. Le trouble n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. une drogue donnant lieu à abus, ou un médicament) ou à une autre pathologie médicale.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou de trouble de la communication débutant dans l'enfance, le diagnostic surajouté de schizophrénie est posé seulement si des symptômes hallucinatoires et délirants importants, en plus des autres symptômes de schizophrénie nécessaires au diagnostic, sont aussi présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace).

Selon la CIM-11[15] :

La schizophrénie se caractérise par des perturbations de multiples modalités mentales, notamment la réflexion (p. ex. idées délirantes, désorganisation dans la forme de la pensée), la perception (p. ex. hallucinations), l'expérience de soi (p. ex. l'impression que ses propres sentiments, impulsions, pensées ou comportements sont sous le contrôle d'une force externe), la cognition (p. ex. trouble de l'attention, de la mémoire verbale et de la cognition sociale), la volition (p. ex. perte de motivation), l'affect (p. ex. expression émotionnelle émoussée) et le comportement (p. ex. comportement qui semble bizarre ou inutile, réactions émotionnelles imprévisibles ou inappropriées qui perturbent l'organisation du comportement). Des troubles psychomoteurs, y compris une catatonie, peuvent être présents. Les idées délirantes persistantes, hallucinations persistantes, troubles de la pensée et expériences d'influence, de passivité ou de contrôle sont considérés comme des symptômes fondamentaux. Les symptômes doivent avoir persisté pendant au moins un mois pour qu'un diagnostic de schizophrénie soit posé. Les symptômes ne sont pas une manifestation d'une autre affection médicale (p. ex. une tumeur cérébrale) et ne sont pas dus à l'effet d'une substance ou d'un médicament sur le système nerveux central (p. ex. corticostéroïdes), y compris à un sevrage (p. ex. sevrage alcoolique).

1.6 DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL

- Devant un épisode de délire aiguë.

On tiendra compte de la durée d'évolution pour éliminer quelques diagnostics d'apparition récente, ce qui est souvent difficile car les modes d'entrée dans la schizophrénie sont polymorphes :

- bouffée délirante aiguë
- trouble de l'humeur délirant (manie ou dépression)
- confusion mentale (dans laquelle il existe une désorientation temporo-spatiale et un trouble de la vigilance). Il faut alors éliminer une cause organique et rechercher une prise de toxiques.
- Devant un délire chronique non schizophrénique :
 - une paranoïa où le délire est logique, cohérent, compréhensible et le syndrome dissociatif absent.
 - une psychose hallucinatoire chronique ; l'âge de survenue est plus tardif et la dissociation discrète voire absente. Rappelons que les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.

- la paraphrénie; le mécanisme délirant prévalent est imaginatif, la dissociation discrète, l'âge de début tardif. Encore une fois, les anglo-saxons la considèrent comme une schizophrénie de début tardif.
- Devant un trouble de l'humeur
 - un trouble bipolaire. Il n'y a pas de syndrome dissociatif, les idées délirantes sont congruentes à l'humeur et les intervalles entre les accès permettent le plus souvent un retour à l'état antérieur.
 - On éliminera une mélancolie également (trouble thymique prévalent, délire congruent à l'humeur).
- Devant les troubles chez l'enfant

Une psychose infantile, parfois difficile à distinguer d'une schizophrénie de début infantile survenant avant l'âge de 12 ans.

- Devant les affections organiques

Neurologiques (épilepsies, tumeurs cérébrales, encéphalite herpétique, chorée de Huntington, neurolupus, encéphalite à anticorps anti-neuronaux, etc.) ; Endocriniennes (dysthyroïdie, altération de l'axe corticotrope, etc.) ; Métaboliques (maladie de Wilson, Niemann-Pick type C, etc.) ; Infectieuses (neurosyphilis, SIDA, etc.).

Certaines anomalies chromosomiques peuvent être associées à l'apparition de symptômes schizophréniques (ex. syndrome de Di George). La dysmorphie associée et le retard mental fréquent conduiront à demander une consultation génétique.

- Devant une catatonie

Un syndrome malin des neuroleptiques (élévation thermique, troubles neurovégétatifs et dysrégulation tensionnelle, élévation des CPK).

- Devant les troubles de personnalité :
 - La personnalité schizoïde
 - La personnalité schizotypique

1.7 FORMES CLINIQUES DE LA SCHIZOPHRENIE

La schizophrénie peut se manifester sous plusieurs formes, l'évolution et le traitement peut différer du tableau clinique. Ces formes ne sont pas toujours définitives et il peut souvent avoir passage d'une forme à l'autre.

- Selon le mode de début :

La schizophrénie peut apparaître de façon aiguë ou de façon insidieuse.

– Début aigu

La schizophrénie commence dans environ 1 cas sur 2 par un épisode psychotique aigu. On retrouve souvent quelques jours voire quelques semaines avant l'épisode des signes peu spécifiques comme : sentiment de malaise, fatigue, difficultés de concentration, angoisses, sentiment de déréalisation ou de dépersonnalisation et parfois des idées suicidaires. Des événements stressants peuvent précéder l'épisode : rupture sentimentale, examen, problème de santé, etc. Des consommations de substance psychoactives, comme le cannabis, constituent également des facteurs de risque et des facteurs précipitant la maladie.

Au niveau clinique, les syndromes positifs et de désorganisation sont en général très marqués. Le syndrome négatif deviendra plus apparent au décours de l'épisode.

Des troubles du comportement peuvent aussi être au premier plan : gestes auto ou hétéro agressifs impulsifs et bizarres, sans explications, fugues, etc. Il est intéressant de noter que même dans ces formes dites à début aigu, on peut souvent retrouver des symptômes prodromiques non spécifiques dans les 2 à 4 ans avant le premier épisode et des symptômes psychotiques atténués, généralement dans l'année précédant le premier épisode. Des altérations cognitives entraînant une plainte subjective (difficulté de concentration) ou des difficultés de fonctionnement (rupture scolaire) peuvent être présentes de façon très précoce.

– Début insidieux

Dans la moitié des cas, le début de la maladie est marqué par des manifestations parfois très discrètes, ayant pu évoluer sur plusieurs mois, voire plusieurs années. Dans ce cas, le diagnostic est souvent porté tardivement, retardant considérablement l'accès aux soins. On retrouve ici un retrait social progressif au premier plan : désintérêt et désinvestissement des activités habituelles (sports, loisirs, cercle d'amis), fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle. En revanche l'intérêt du sujet peut se porter de façon exclusive vers le mysticisme ou l'ésotérisme.

– Selon l'âge de début

La schizophrénie débute classiquement chez l'adulte jeune entre 18 et 25 ans, cependant des formes peuvent se développer avant 18 ans, on parle de schizophrénie à début précoce, voire avant l'âge de 13 ans, on parle alors de schizophrénie à début très précoce. Les formes précoces (avant 18 ans) sont marquées par une égodystonie et l'existence d'antécédents développementaux importants (troubles dys, retard de langage, TDAH voire signes plus ou

moins complets de TSA). À l'inverse, après l'âge de 35 ans on parle de schizophrénie à début tardif, plus fréquente chez les femmes que chez les hommes (sex-ratio de 7/1) et marquée par une symptomatologie hallucinatoire riche dans toutes les modalités sensorielles (auditives, visuelles, cénesthésiques, olfactives...), ainsi que par l'absence (ou le peu) de désorganisation.

- **Formes cliniques symptomatiques**

Selon le DSM4-TR

- Schizophrénie paranoïde :

C'était la forme la plus fréquente. Ces patients se remarquent surtout à leurs idées délirantes envahissantes à contenu de persécution, de référence ou de grandeur et à leurs hallucinations auditives menaçantes ou impératives .

- Schizophrénie désorganisée (hébéphrénique).

Dans cette forme, l'affect est très discordant (aplati ou inapproprié). Le discours est désorganisé, fragmenté, incohérent et stéréotypé. Le comportement est imprévisible, sans but ni émotion, et montre que le patient est très désocialisé, avec des bizarreries persistantes, des maniérismes et des grimaces. Il est incapable de prendre des initiatives ou de formuler des projets. Le délire, si présent, est fruste, mal organisé, peu systématisé ; les hallucinations sont passagères. On retrouve souvent ce type de schizophrénie chez les sans-abri.

- Schizophrénie catatonique :

Il s'agit d'un type de schizophrénie dominé par au moins deux des manifestations de la catatonie. Toutefois, dans le DSM-5, le type catatonique devient un spécificateur que l'on peut ajouter à plusieurs troubles autres que la schizophrénie .

- Schizophrénie résiduelle :

Il s'agit de la forme évolutive de la schizophrénie : après résorption des symptômes aigus, les symptômes négatifs dominant. Il persiste alors un affect émoussé, un ralentissement psychomoteur, une passivité et un manque d'initiative, une pauvreté du discours, une pensée illogique ou bizarre, un comportement excentrique, des perceptions insolites et un retrait social. Cependant, le délire et les hallucinations sont soit moins fréquents, soit moins chargés émotionnellement. Dans ses réponses brèves, le patient utilise quand même un discours cohérent.

- Schizophrénie indifférenciée.

On peut porter ce diagnostic quand les symptômes psychotiques aigus, pourtant évidents, ne permettent pas de préciser l'une des formes précédentes.

La CIM-10 distingue deux autres catégories diagnostiques :

– Schizophrénie simple.

C'est une forme d'apparition insidieuse limitant le patient dans ses performances et ses capacités de satisfaire aux exigences de la vie en société, mais sans manifestations flamboyantes de délires ni d'hallucinations. C'est comme une schizophrénie résiduelle avec symptômes négatifs, mais qui n'aurait pas été précédée de phase aiguë (avec symptômes positifs) de la maladie. Ces patients sont fréquemment inactifs et sans projets. Cette catégorie est analogue au trouble de la personnalité schizoïde.

– Dépression postschizophrénique.

Les symptômes schizophréniques sont encore présents, mais ils sont atténués comparativement à l'épisode aigu qui a précédé ; le patient éprouve un sentiment de détresse parfois accompagné d'idées suicidaires, qui correspond aux critères de la dépression et persiste durant au moins deux semaines.

1.8 EVOLUTION

La schizophrénie commence à un âge jeune, généralement à l'adolescence. L'évolution est plus sévère chez l'homme que chez la femme. La stabilisation de certaines formes (paranoïde, hébéphrénique et catatonique) est faible et se fait le plus souvent vers une forme indifférenciée dans laquelle aucune forme ne domine. Les formes paranoïdes ont plus souvent une évolution intermittente (par poussées). La schizophrénie est une maladie grave, par les troubles du comportement qu'elle implique avec une prévalence élevée de suicide, de la toxicomanie, de comportements hétéro-agressifs et le handicap fonctionnel.

1.9 PRONOSTIC

La prise en charge de la schizophrénie est d'une longue durée, ainsi on estimerait un pronostic bon quand ces quelques facteurs sont présents : - âge de début plus tardif (âge adulte) - début rapide - sexe (l'évolution serait plus favorable chez les femmes ou bien la tolérance sociale serait meilleure) - forme paranoïde (délire au premier plan) - institution précoce du traitement neuroleptique - bonne réponse au traitement neuroleptique - bonne coopération du patient et de la famille - bonne adaptation prémorbide - présence de symptômes thymiques (schizophrénie dysthymique) - absence d'antécédents familiaux de schizophrénie (discuté).

1.10 TRAITEMENT

Le traitement de la schizophrénie est multidimensionnaire.

1.10.1 But du traitement :

- Obtenir une rémission des symptômes - réduire la fréquence et la sévérité des épisodes aigus
- maintenir une adaptation socioprofessionnelle et la réadaptation - limiter des évolutions déficitaires

1.10.2 Moyens

1.10.2.1 Chimiothérapie

- **Les neuroleptiques**

Les neuroleptiques ou les antipsychotiques sont les médicaments utilisés dans la prise en charge de la schizophrénie et d'autres troubles psychiatriques ;ils sont classées en 2 générations la première génération appelée typique(classique) constituée de 4 classes : les phénothiazines, les butyrophénones, les thioxanthènes et les dibphénylbutylpipéradines.

La 2^{ème} génération appelée atypique constituée de 6 classes : les benzamides, les dibenzodiazépines, les benzisoxazoles,, les Thienobenzodiazépines, les dibenzoxazépines et les phénylpipérazines.

La sismothérapie ou électro convulsivothérapie :

Elle est indiquée dans les formes catatoniques et dans les autres formes résistantes au traitement.

- **Les autres traitements médicamenteux :**

- Les antidépresseurs prescrits lors des épisodes dépressifs, en association avec le traitement neuroleptique, ce qui réduirait le risque suicidaire.
- Les thymorégulateurs indiqués en association avec les neuroleptiques dans le traitement et la prévention des rechutes du trouble schizo-affectif.
- Les benzodiazépines qui potentialisent les effets sédatifs des antipsychotiques permettant d'employer des doses moins importantes.

Leur durée de prescription doit être limitée du fait de leurs effets indésirables (dépendance, amnésie antérograde, diminution du tonus musculaire).

- **La psychothérapie**

En complément des autres moyens thérapeutiques, elle est indispensable. Il s'agit d'intervention cognitive et/ou comportementale, d'intervention familiale, d'intervention médico-pédagogique

et aide à la réinsertion professionnelle du patient. Cela entraîne une bonne compréhension de la maladie pour les patients et leurs entourages surtout en cas de rechutes.

II. MÉTHODOLOGIE

2.1.Cadre de l'étude

Le service de psychiatrie du CHU Point G constituait notre cadre d'étude.

2.1.1. Centre Hospitalier Universitaire Point G

-Situation géographique

Le CHU Point G est situé sur la colline du Point G, au nord du district de Bamako en commune III, sur la rive gauche du fleuve Niger. Il occupe une superficie de 25 hectares dont près de 70% sont actuellement bâtis.

-Historique

Le Point G est une dénomination militaire coloniale de repère géodésique, donnée à une colline située au nord de Bamako et dont l'hôpital porte le nom. La première pierre de l'hôpital fut posée en 1906, les travaux de construction ont duré 6 ans et l'hôpital a été fonctionnel à partir de l'année 1912. Depuis cette date, il y a eu plusieurs travaux d'extension dont :

- La construction du pavillon des indigènes en 1913, - La construction de l'école des infirmiers, du laboratoire et du service de maintenance en 1950
- La construction du nouveau bloc opératoire en 1953,
- La construction du service d'urologie, d'une partie du service de cardiologie, du service de pneumo-phtisiologie entre 1956 et 1958,
- La construction de la clôture barbelée en 1960.

Le style architectural de l'hôpital était militaire, de type pavillonnaire. Il fut transformé en hôpital civil par l'arrêté N° 174 de février 1958 portant réforme hospitalière des services de santé du Soudan pour ensuite être érigé en Établissement Public Hospitalier (EPH) par la loi N°02-048 du 22 juillet 2002. À ce jour et ce depuis la signature de la convention hospitalo-universitaire du 14 mars 2007, il est un Centre Hospitalier Universitaire (CHU).

- Missions

Le CHU Point G est une structure sanitaire de troisième référence, sur la pyramide sanitaire du Mali. Il a pour objectif :

- Assurer les soins aux malades,
- Faire de la recherche médicale,
- Assurer la formation théorique et pratique des agents de santé.

-Organisation et fonctionnement

Le décret N°03-337 PRM du 7 Août 2003 fixe l'organisation et les modalités de fonctionnement du CHU. Le CHU Point G est placé sous la tutelle du ministère en charge de la santé. Les organes d'administration et de gestion sont : le Conseil d'Administration, la Direction Générale, le Comité de Direction.

Le Conseil d'Administration est composé de 19 membres. Le président du conseil d'administration est un membre élu parmi les membres avec voix délibérative. Les autres membres du conseil d'administration sont élus avec des voix délibératives et des voix consultatives. Les membres du conseil d'administration sont nommés pour une période de trois (3) ans renouvelables par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la santé.

Le CHU Point G est dirigé par un Directeur Général (DG) nommé par décret pris en conseil des ministres sur proposition du ministre de la Santé ; il est assisté d'un Directeur Général Adjoint (DGA) nommé par arrêté ministériel (qui fixe ses attributions spécifiques) sur proposition du Directeur Général de l'hôpital. Le directeur exerce ses attributions dans les limites des lois et règlements en vigueur conformes aux dispositions des articles 68, 69, et 70 de la loi N°02-050 du 22 juillet 2002 portant la loi hospitalière.

Le Comité de direction est chargé d'assister le DG dans ses tâches de gestion. Le Comité de direction comprend le DG (président), le DGA, le président de la Commission Médicale d'Établissement, le président de la Commission des Soins Infirmiers et Obstétricaux, le président du Comité Technique d'Établissement.

- Services existant au CHU Point G

- **L'administration générale**

Elle comprend : la Direction, le Secrétariat Général, la Comptabilité, le Contrôle Financier, le Bureau des Entrées, le Service Social, le Service Informatique, le Service des Statistiques, le Service de Maintenance.

- **Les services techniques**

- ✓ L'Anesthésie, Réanimation et Urgences
- ✓ Le service de Chirurgie,
- ✓ La Gynéco-obstétrique, l'Urologie et la Coeliochirurgie

- ✓ Le service d'Hémo-Oncologie
- ✓ Le service de Rhumatologie
- ✓ Le service de Médecine Interne
- ✓ Le service de Néphrologie et d'Hémodialyse
- ✓ Le service de Neurologie
- ✓ Le service de Cardiologie
- ✓ Le service des Maladies Infectieuses
- ✓ Le service de Pneumo-phtisiologie
- ✓ Le service de Psychiatrie
- ✓ Le service d'Imagerie Médicale et de Médecine Nucléaire
- ✓ Le service d'Anatomie et Cytologie Pathologiques
- ✓ Le service de Médecine Légale et Expertise
- ✓ Le Laboratoire
- ✓ La Pharmacie Hospitalière
- ✓ La Maintenance
- ✓ La Morgue

2.1.2. Service de psychiatrie

C'est le premier service de psychiatrie au sein d'un hôpital général et le troisième niveau de référence au Mali. Les bâtiments sont situés au Nord-Est dans la cour de l'hôpital.

-Les infrastructures

Schématiquement on distingue : « **L'ancien service** », appelé communément « **cabanon** » : entouré d'un enclos grillagé, c'est le premier bloc et la première construction du service, remontant au temps colonial. Il est situé à l'entrée du service, construit selon un style carcéral avec une capacité d'accueil limitée de vingt (20) lits, il recevait quatre à cinq fois ce nombre.

Le nouveau pavillon : abritant des salles de consultation, de soins et de garde : Situé en face de la cour grillagée, entre la cafétéria et la première case d'hospitalisation. Il est composé de deux salles de garde pour les internes, et les assistants médicaux, d'une salle de soins, de deux salles de consultation, d'un secrétariat, d'un magasin et deux toilettes.

Le bloc administratif et des hospitalisations, annexé à l'ancien service, il est situé au Nord-Est, et comporte trois parties :

- Le pavillon des hommes : composé de bureaux pour l'administration, de chambres d'isolement qui sont au nombre de quatre (4) et de grandes salles d'hospitalisation pour les malades chroniques abandonnés par leurs familles et les malades de la file active. Ce pavillon à une capacité d'accueil actuelle de vingt (20) lits d'hospitalisation.
- Le pavillon des femmes : il est composé de bureaux pour l'administration et de deux grandes salles pour une capacité actuelle d'hospitalisation de six (6) lits par salle. La terrasse de ce pavillon sert de lieu de spectacle pour les séances de « **Kotèba** » thérapeutique.
- Le bloc des cases : il est construit en matériaux locaux et prévu pour les hospitalisations de malades avec accompagnants. Ces cases servent de moyens pour intégrer la famille dans la prise en charge du patient. Ce bloc est composé de vingt et une (21) cases de deux places chacune. Au centre du service, se trouve une coupole construite également en matériaux locaux, sous laquelle se tiennent les séances de psychothérapie de groupe et parfois la visite hebdomadaire des malades.

Le terrain de sport : situé entre la cafétéria et le service de Pneumo-ptisiologie

-Le Personnel

- Un (01) Chef de service, praticien hospitalier universitaire, Maître de conférences.
- Six (06) Psychiatres praticiens hospitaliers (dont trois enseignants chercheurs de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique, 2 spécialisés dans la prise en charge du psycho trauma et un en gérontopsychiatrie) ;
- Deux (02) psychologues (dont un professeur psychologue clinicien titulaire, praticien hospitalier universitaire) ;
- Une (01) secrétaire ;
- Dix (10) Assistants Médicaux spécialisés en santé mentale, l'un d'eux étant le surveillant général du service ;
- Deux (02) Techniciens supérieurs de Santé.
- Quatre (04) Techniciens de Surface.
- Deux (02) Agents de Sécurité.
- Des médecins en spécialisation ;
- Des Etudiants en année de thèse et en master de soins infirmiers en santé mentale
- Des Etudiants stagiaires des écoles de formation en Santé

-Le Fonctionnement du service de psychiatrie

Le service fonctionne sur le mode de « psychiatrie de type communautaire » et les activités qui y sont menées sont :

- Des activités de soins (consultations et hospitalisations), -
- Des activités de formation,
- Des activités de recherche.

Tous les jours la garde est assurée par une équipe constituée d'un médecin, d'un assistant médical, d'un étudiant faisant fonction d'interne, d'un technicien de surface, et de deux agents de sécurité. Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

2.2.Type et Période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale analytique allant du mois d'octobre 2022 au mois d'octobre 2023 soit une période de 12 mois.

2.3.Population d'étude

L'étude a concerné les patients atteints de schizophrénie suivis au service de psychiatrie du CHU Point G.

2.3.1. Critères d'inclusion

Nous avons inclus les individus âgés de 18 à 60 ans présentant un diagnostic de schizophrénie selon les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), et considérés comme étant dans un état stable. La stabilité est définie par l'absence de modifications des médicaments antipsychotiques au cours des 2 mois précédant l'étude, ainsi que par la capacité du patient à répondre de manière appropriée aux échelles psychiatriques d'auto-évaluation utilisées au cours de l'enquête.

2.3.2. Critères de non inclusion

Nous n'avons pas inclus dans l'étude, les patients refusant de participer à l'enquête et ceux étant dans l'incapacité d'y participer à cause d'un déficit cognitif trop important.

2.4.Echantillonnage

2.4.1. Technique

Il s'agissait d'un échantillonnage de type exhaustif par enregistrement de tous les patients souffrant de schizophrénie, fréquentant le service de psychiatrie du CHU Point G et répondant aux critères d'inclusion.

2.4.2. Taille

Pour déterminer le nombre de sujets nécessaire à inclure dans l'échantillon, la formule suivante a été utilisée :

$$n = \frac{Z^2 \times P(1 - P)}{i^2}$$

Z est le test de l'écart réduit et égale à 1,96 pour un niveau de confiance à 95%.

P est la proportion des patients souffrant de schizophrénie en milieu psychiatrique. La proportion de 0,678 tirée d'une étude réalisée dans le centre psychiatrique du Point G, au Mali a été retenue[12] .

i est la précision souhaitée, fixée à 9%.

L'application numérique de la formule a donc permis d'obtenir le nombre de sujets nécessaire **n = 103**. Cette taille majorée de 10% pour pallier le problème des non-répondants. Ce qui donne $n = 103 + (103 \times 0,30) = 130,9$. Cette valeur a été arrondie à **131**.

2.5. Collecte des données

Les données ont été recueillies en administrant un questionnaire anonyme, structuré et hétéro-administré à travers une application de collecte électronique (KoboToolbox).

2.6. Variables d'étude et instrument de collecte:

Le questionnaire utilisé pour la collecte était structuré en cinq sections englobant les données personnelles des patients (âge, sexe, profession, statut matrimonial, religion, résidence, niveau scolaire, source de revenu, consommation de substances), les informations relatives aux parents et à la dynamique familiale (scolarisation, niveau socioéconomique et antécédents familiaux de troubles psychiatriques), ainsi que des évaluations sur la qualité de vie, l'insight et l'observance thérapeutique.

La qualité de vie a été évaluée à l'aide du *WHOQOL-BREF* de l'OMS, un instrument de résultats rapportés par les patients qui peut évaluer l'état de santé global des patients indépendamment de la maladie dans 4 domaines de santé avec 24 aspects différents. Au total, il reprend les 26 questions les plus importantes parmi les 100 de son prédécesseur, ce qui représente une réduction considérable et nécessaire. La période de rappel du patient couvre les 2 dernières semaines. La cotation se fait comme suit :

- Tout d'abord, les réponses du patient se voient attribuer les scores prédéfinis correspondants. Celles-ci vont de 1 à 5 points pour toutes les questions. Pour presque toutes les questions, le pire état de santé possible correspond à 1 point, tandis que le meilleur possible correspond à 5 points. Les exceptions à cette règle sont les questions 3, 4 et 26, où vous devez inverser les valeurs des points.
- Ensuite un score de domaine est calculé pour chacun des domaines de santé en calculant la moyenne des points de réponse pour chaque domaine (somme des points de réponse divisée par le nombre de questions) et en multipliant le résultat par le nombre 4.
- Enfin, les 4 scores du domaine sont chacun convertis en une échelle de 0 à 100. A cet effet, le chiffre 4 est soustrait à chacun des scores du domaine, et la différence est multipliée par 100/16 soit le chiffre 6,25. 0 point représente le pire état de santé possible, tandis que 100 points représentent le meilleur état de santé possible dans le domaine concerné. Ainsi, l'état de santé physique, psychologique, social et environnemental du patient est évalué séparément.

L'insight a été évaluée selon l'échelle de Birchwood :

Cette échelle très brève permet de donner une évaluation rapide de l'insight du patient. Il est notamment utilisé dans le cadre de troubles psychotiques tels que la schizophrénie. Elle comporte 8 items coté de 0 à 2 selon les réponses "D'accord ", " Pas d'accord ", "Incertain".
 Sous-échelle 1 : la conscience des symptômes (items 1,8).Sous-échelle 2 : la conscience de la maladie (items 2,7).Sous-échelle 3 : la conscience du besoin de traitement (items 3, 4, 5,6 le tout divisé par 2). , chaque sous-échelle de 0 à 4, et le score total du malade peut varier de 0 à 12 après l'addition des sous échelles. Lorsque le score est inférieur à 9 l'insight est mauvais et lorsqu'il est supérieur ou égale à 9 l'insight est bon.[16]

L'observance thérapeutique des patients a été évaluée à l'aide de la MARS (*Medication Adherence Rating Scale*). Il s'agit d'un auto-questionnaire construit à partir des items issus de la DAI – 10 et de la « Médication Adhérence Questionnaire » (MAQ) [17]. La MARS est une échelle comportant 10 items auxquels les sujets répondent Par oui/non [18]. Les questions se rapportent au comportement du patient concernant son Traitement d'une part et aux perceptions subjectives par rapport au traitement d'autre part [5]. Le MARS couvre 3 aspects clés : l'adhésion aux médicaments (items 1-4), l'attitude envers la prise de médicaments (items 5-8) et les effets secondaires négatifs (items 9 et 10)[19] . Un score général inférieur à 6 détermine les patients non observant[20] .

2.7. Analyse des données :

Après la collecte des données sur la plate-forme kobocollect, celle-ci ont été transférée sur un tableur Excel pour le nettoyage et la création de catégorie. Après cette étape, les données ont été transférées sur SPSS pour analyse. L'analyse descriptive a concerné le calcul de fréquences pour les variables catégorielles et de moyennes pour les variables continues. Le test khi2 ou celui de Fisher exact ont été utilisé selon la convenance pour la comparaison des fréquences avec un seuil de significativité estimé à 5%. La force des associations a été estimée à l'aide du calcul des odds ratio et de leurs intervalles de confiance à 95 %.

2.8. Considérations éthiques

Une autorisation pour la réalisation de l'étude a été obtenue auprès du chef de service de psychiatrie. Le consentement verbal de tous les participants a été obtenu. Les données de l'étude ont été traitées de façon anonyme aucune information sur les questionnaires ne permet de faire le lien avec l'identité des participants.

III. RÉSULTATS

Sur les 134 patients abordés, 128 ont accepté de répondre aux questionnaires soit un taux de réponse de 95,5 %.

3.1. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients selon la tranche d'âge

Tranche d'âge	Effectif	Pourcentage
18-25 ans	22	17,5
26-32 ans	52	41,3
33-39 ans	27	21,4
40-46 ans	13	10,3
47-53 ans	10	7,9
54 et plus	2	1,6
Total	126	100,0

La tranche d'âge de 26 à 32 ans représentait 41,3 % des observations.

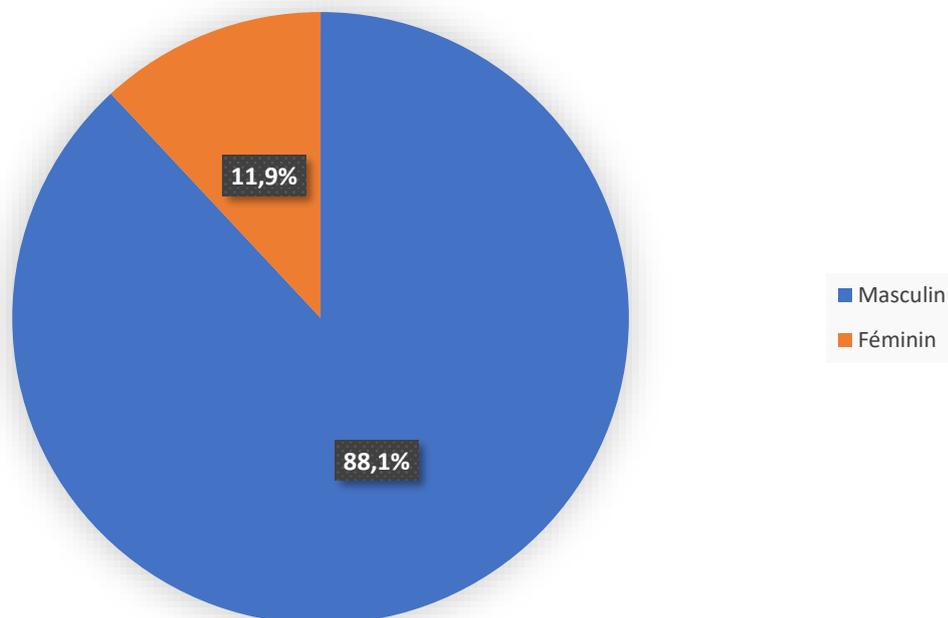


Figure 1 : Répartition des patients selon le sexe

Parmi les participants 88,1 % (111/126) étaient de sexe masculin.

Tableau II : Répartition des patients selon la religion

Religion	Effectif	Pourcentage
Musulmane	114	90,5
Chrétienne	11	8,7
Animiste	1	0,8
Total	126	100,0

Les patients musulmans représentaient 90,5 % des observations.

Tableau III : Répartition des patients selon la cohabitation

Cohabitation	Effectif	Pourcentage
Oui	112	88,9
Non	14	11,1
Total	126	100,0

Les patients vivant avec un entourage représentaient 88,9% des observations.

Tableau IV : Répartition des patients selon l'entourage

Entourage	Effectif	Pourcentage
Parents	51	45,5
Conjoint(e)	25	22,3
Enfants sans le / la conjoint(e)	5	4,5
Parents et Conjoint(e)	31	27,7
Total	112	100,0

Les patients vivant avec les parents représentaient 45,5 % des observations

Tableau V : Répartition des patients selon la situation professionnelle

Profession	Effectif	Pourcentage
Formel	14	11,1
Informel	58	46,0
Sans emploi	54	42,9
Total	126	100,0

Les 42,9 % des patients n'avaient pas d'emplois.

Tableau VI : Répartition des patients selon la source de revenu

Source de revenu	Effectif	Pourcentage
Travail	13	10,3
Famille/amis	54	42,9
Travail et Famille/amis	59	46,8
Total	126	100,0

La source de revenu de 46,8% des patients provenaient du travail et de la famille /amis.

Tableau VII : Répartition des patients selon le niveau scolaire

Niveau scolaire	Effectif	Pourcentage
Non scolarisé(e)	33	26,2
Primaire	46	36,5
Secondaire	30	23,8
Supérieure	17	13,5
Total	126	100

Les patients qui avaient arrêté les études au niveau primaire étaient les plus représentés avec 36,5% des cas.

Tableau VIII : Répartition des patients selon le statut matrimonial

Statut matrimonial	Effectif	Pourcentage
Célibataire	87	69,0
Divorcé(e)/Séparé(e)	9	7,1
Marié	29	23
Veuf(ve)	1	0,8
Total	126	100

Les célibataires représentaient 69,0% des observations.

Tableau IX : Répartition des patients selon le lieu de résidence

Résidence	Effectif	Pourcentage
Commune 1	12	9,5
Commune 2	8	6,3
Commune 3	11	8,7
Commune 4	15	11,9
Commune 5	18	14,3
Commune 6	18	14,3
Hors Bamako	44	34,9
Total	126	100

Les 34,9 % des patients vivaient hors de Bamako.

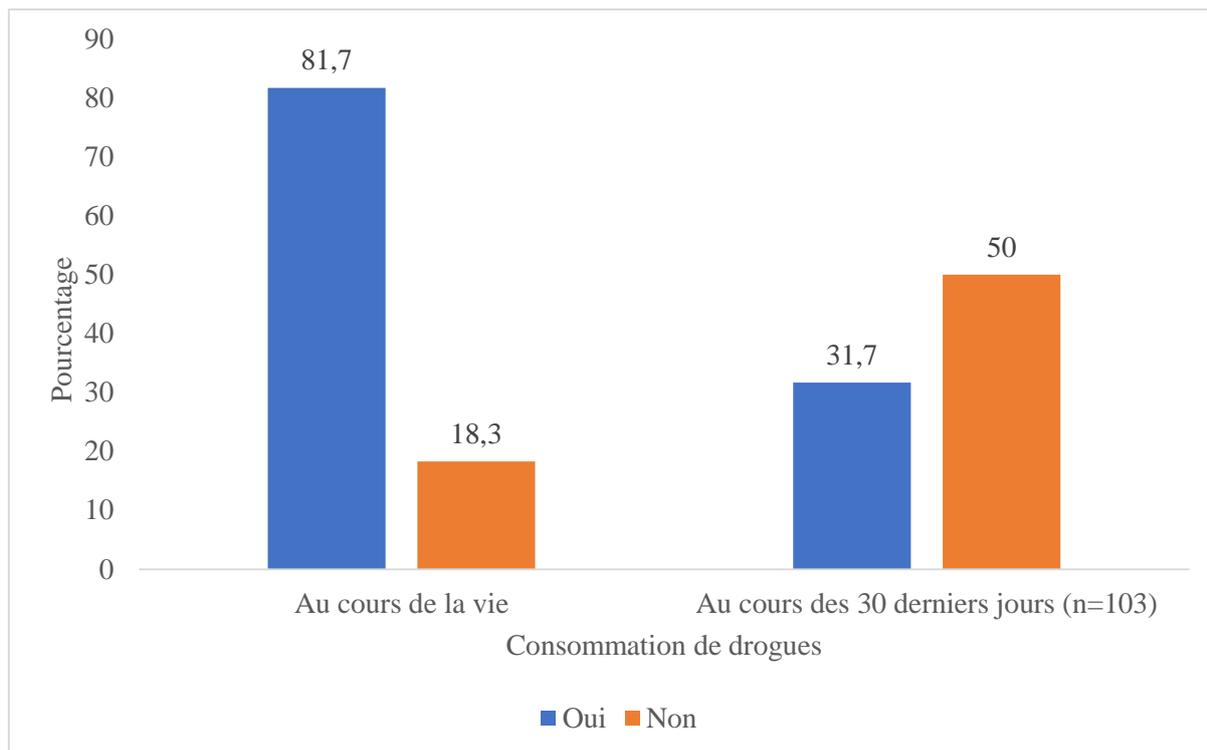


Figure 2 : Répartition des patients selon la consommation de drogues

Les fréquences de la consommation de drogue chez les patients étaient de 81,7% et 31,7% respectivement au cours de la vie et au cours des 30 derniers jours.

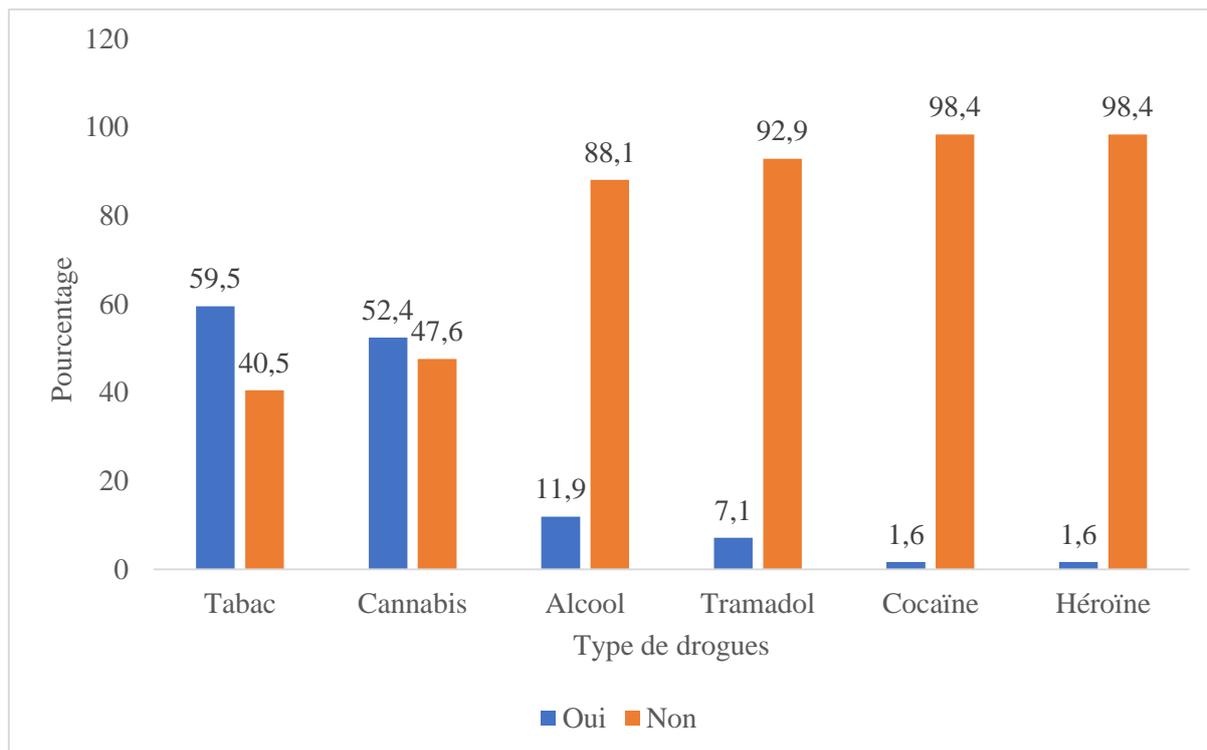


Figure 3 : Répartition des patients selon le type de drogues consommés au cours de la vie
 La fréquence de consommation de tabac et de cannabis était respectivement de 59,5% et 52,4%.

3.2. Informations familiales

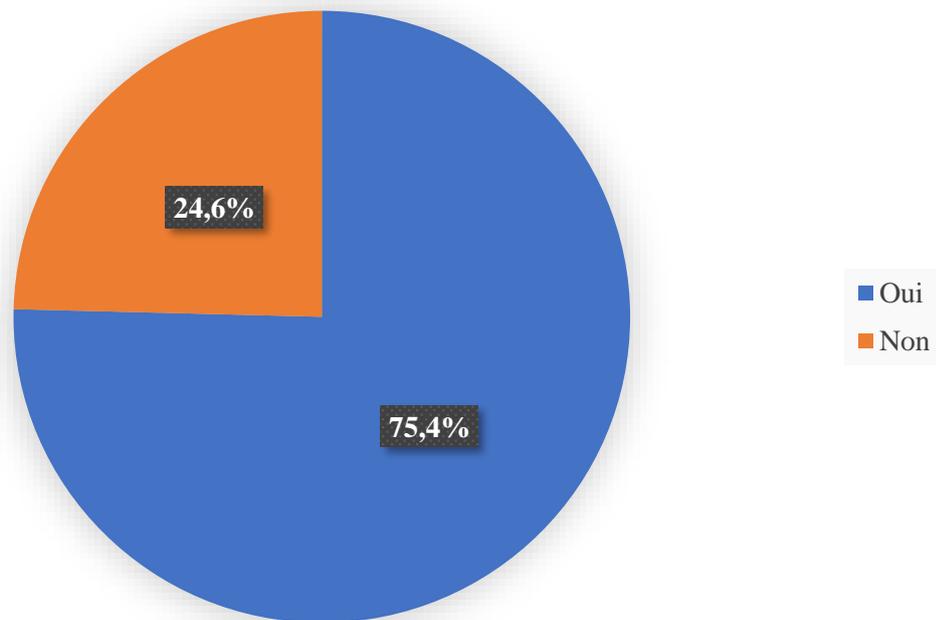


Figure 4 : Répartition des patients selon la présence de trouble psychiatrique familial
Les 75,4% des patients avaient un antécédent familial de trouble psychiatrique.

Tableau X: Répartition des patients selon le niveau scolaire des parents

Niveau scolaire des parents	Effectif (n=126)	Pourcentage
Père		
Non scolarisé(e)	44	34,9
Primaire	34	27,0
Secondaire	30	23,8
Supérieure	18	14,3
Mère		
Non scolarisé(e)	71	56,3
Primaire	31	24,6
Secondaire	19	15,1
Supérieure	5	4,0

Les parents des patients étaient non scolarisés dans 34,9% des cas pour les pères et 59,3% pour les mères.

Tableau XI : Répartition des patients selon le niveau socioéconomique des parents

Niveau socioéconomique des parents	Effectif (n=126)	Pourcentage
Père		
Elevé	10	7,9
Moyen	59	46,8
Faible	57	45,2
Mère		
Elevé	1	0,8
Moyen	32	25,4
Faible	93	73,8

Les parents des patients avaient un niveau socioéconomique faible dans 45,2% des cas pour les pères et 73,8% pour les mères.

3.3.Caractéristiques cliniques :

Tableau XII : Répartition des patients selon leur qualité de vie globale

Qualité de vie globale	Effectif	Pourcentage
Faible à moyenne	39	31,0
Bonne	87	69,0
Total	126	100,0

Les 69% des patients avaient une bonne qualité de vie globale .

Tableau XIII : Répartition des patients selon la satisfaction sur l'état de santé

Satisfaction sur l'état de santé	Effectif	Pourcentage
Faible à moyenne	52	41,3
Bonne	74	58,7
Total	126	100,0

Les 41,3% des patients se disaient insatisfaits de leur santé.

Tableau XIV : Répartition des patients selon les dimensions de la qualité de vie en fonction des catégories

Dimension de la qualité de vie	Moyenne(ET)	Catégories		
		Médiocre n(%)	Moyen n(%)	Bon n(%)
Physique	55,3(11,2)	10(7,9)	99(78,9)	17(13,5)
Psychologique	60,5(13,6)	21(16,7)	77(61,1)	28(22,2)
Relation sociale	48,9(17,9)	18(14,3)	90(71,4)	18(14,3)
Environnement	55,4(11,4)	21(16,7)	84(66,7)	21(16,7)

Les patients ont déclaré que les domaines de la qualité de vie physique (78,9%), psychologique (61,1%), des relations sociales (71,4%) et de l'environnement (66,7%) étaient moyens.

Tableau XV : Répartition des patients selon l'insight

Insight	Effectif (n=126)	Pourcentage
Global		
Mauvais insight	89	70,6
Bon insight	37	29,4
Conscience des symptômes		
pauvre	75	59,5
Bonne	30	40,5
Conscience de la maladie		
pauvre	108	85,7
Bonne	18	14,2
Besoin de traitement		
pauvre	83	34,1
Bon	43	65,9

Globalement 70,6% des patients avaient un mauvais insight.

Tableau XVI : Répartition des patients selon l'observance thérapeutique

Observance	Effectif	Pourcentage
Non observant	97	77,0
Observant	29	23,0
Total	126	100

Les patients ont été non observant au traitement dans 77 %

3.4. Facteurs associés à l'inobservance thérapeutique

Tableau XVII : Caractéristiques socio-démographiques associées à la mauvaise observance chez les patients.

Informations personnelles		Non observant	Observant	Total	OR	IC95%	p
Sexe n(%)	Masculin	88(79,3)	23(20,7)	111(100,0)	2,55	0,82-7,90	0,109
	Féminin	9(60,0)	6(40,0)	15(100,0)	Réf		
Âge	<33 ans	58(78,4)	16(21,6)	74(100,0)	1,2	0,52-2,79	0,657
	=>33 ans	39(75,0)	13(25,0)	84(100,0)	Réf		
Résidence	Hors Bamako	39(88,6)	5(11,4)	106(100,0)	3,22	1,13-9,18	0,023
	Bamako	58(70,7)	24(29,3)	82(100,0)	Réf		
Domicile fixe	Non	15(75,0)	5(25,0)	106(100,0)	0,87	0,28-2,66	0,779
	Oui	82(77,4)	24(22,6)	20(100,0)	Réf		
Habitez seul	Oui	13(92,9)	1(7,1)	6(100,0)	4,33	0,54-34,63	0,186
	Non	84(75,0)	28(25,0)	112(100,0)	Réf		
Parents	Non	37(84,1)	7(15,9)	44(100,0)	1,93	0,75-4,98	0,165
	Oui	60(73,2)	22(26,8)	82(100)	Réf		
Profession	Sans emploi	44(81,5)	10(18,5)	54(100,0)	1,57	0,66-3,74	0,299
	Travail	53(73,6)	19(26,4)	72(100,0)	Réf		
Source de revenu travail	Oui	53(73,6)	19(26,4)	72(100,0)	0,63	0,26-1,50	0,299
	Non	44(81,5)	10(18,5)	54(100,0)	Réf		
Prise de drogue au cours de la vie	Oui	77(74,8)	26(25,2)	103(100,0)	0,44	0,12-1,61	0,209
	Non	20(87,0)	3(13,0)	23(100,0)	Réf		
Prise de drogue au cours du mois passé	Oui	30(75,0)	10(25,0)	40(100,0)	1,02	0,41-2,54	0,964
	Non	47(74,6)	16(25,4)	63(100,0)	Réf		
Tabac consommé au cours de la vie	Non	13(92,9)	1(7,1)	14(100,0)	4,72	0,58-38,50	0,173
	Oui	55(73,3)	20(26,7)	75(100,0)	Réf		
Cannabis consommé au cours de la vie	Non	20(80,0)	5(20,0)	25(100,0)	1,07	0,34-3,38	0,899
	Oui	52(78,8)	14(21,2)	66(100,0)	Réf		

Les patients résidant en dehors de Bamako étaient 3,22[1,13-9,18] fois plus susceptibles d'être inobservant comparés à ceux qui vivaient à Bamako.

Tableau XVIII : Caractéristiques familiales associées à la mauvaise observance chez les patients.

Informations familiales		Non observant	Observant	Total	OR	IC95%	p
Trouble psychiatrique familial	Oui	72(75,0)	24(25,0)	96(100,0)	0,6	0,20-1,74	0,344
	Non	25(83,3)	5(16,7)	30(100,0)	Réf		
Niveau scolaire du père	Scolarisé	82(75,9)	26(24,1)	108(100,0)	0,63	0,16-2,35	0,763
	Non scolarisé	15(83,3)	3(16,7)	18(100,0)	Réf		
Niveau scolaire de la mère	Scolarisé	41(74,5)	14(25,5)	55(100,0)	0,78	0,34-1,80	0,567
	Non scolarisé	56(78,9)	15(21,1)	71(100,0)	Réf		

Les patients ayant un père non scolarisé étaient plus inobservant (83,3%) que ceux issu d'un père scolarisé (75,9) mais cette association n'était pas statistiquement significative (p=0,763).

Tableau XIX: Caractéristiques cliniques associées à la mauvaise observance chez les patients

Caractéristiques cliniques		Non observant	Observant	Total	OR	IC95%	p
Echelle de qualité de vie de l'OMS							
Qualité de vie globale	Faible à moyenne	24(61,5)	15(38,5)	39(100,0)	0,30	0,13-0,72	0,006
	Bonne	73(83,9)	14(16,1)	87(100,0)			
					Réf		
Satisfaction sur la santé	Faible à moyenne	42(80,8)	10(19,2)	52(100,0)	1,45	0,61-3,44	0,397
	Bonne	55(74,3)	19(25,7)	74(100,0)			
					Réf		
Domaine de la qualité de vie							
Physique	Médiocre/moyen	87(79,8)	22(20,2)	109(100,0)	2,76	0,94-8,09	0,068
	Bon	10(58,8)	7(41,2)	17(100,0)			
					Réf		
Psychologique	Médiocre/moyen	78(79,6)	20(20,4)	98(100,0)	1,84	0,72-4,69	0,193
	Bon	19(67,9)	9(32,1)	28(100,0)			
					Réf		
Relations sociales	Médiocre/moyen	85(78,7)	23(21,3)	108(100,0)	1,84	0,62-5,45	0,362
	Bon	12(66,7)	6(33,3)	18(100,0)			
					Réf		
Environnemental	Médiocre/moyen	81(77,1)	24(22,9)	105(100,0)	1,05	0,35-3,17	1,000
	Bon	16(76,2)	5(23,8)	21(100,0)			
Insight							
Global	pauvre	85(81,7)	19(18,3)	104(100,0)	3,72	1,40-9,88	0,006
	Bon	12(54,5)	10(45,5)	22(100,0)			
					Réf		
Domaines de l'insight							
Conscience des symptômes	pauvre	63(84,0)	12(16,0)	75(100,0)	2,62	1,12-6,13	0,023
	Bonne	34(66,7)	17(33,3)	51(100,0)			
					Réf		
Conscience de la maladie	pauvre	82(75,9)	26(24,1)	108(100,0)	0,63	0,16-2,35	0,763
	Bonne	15(83,3)	3(16,7)	18(100,0)			
Besoin de traitement	pauvre	59(85,5)	10(14,5)	69(100,0)	2,95	1,29-7,02	0,012
	Bon	38(66,7)	19(33,3)	57(100,0)			
					Réf		

La bonne qualité de vie globale, un faible insight, la faible conscience des symptômes et le faible besoin de traitement étaient positivement associés à la mauvaise observance.

IV. DISCUSSION

Notre étude s'est focalisée sur les facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie au service de psychiatrie du CHU Point G. Nos résultats ont mis en évidence que 77,0% des patients atteints de schizophrénie étaient inobservants. Les facteurs significativement associés étaient la résidence hors de Bamako, la faible à moyenne qualité de vie globale, un insight faible, une pauvre conscience des symptômes et un pauvre besoin de traitement.

Dans notre étude les caractéristiques sociodémographiques n'ont pas montré une différence statistiquement significative à l'exception du lieu de résidence qui est un facteur de risque avec un p significatif ($p < 0,05$). Cela pourrait s'expliquer par la présence d'un seul service de psychiatrie sur le plan national présent qu'à Bamako.

4.1. Informations sociodémographiques :

La tranche d'âge la plus représentée était de 26-32 ans. Cette tranche d'âge est l'âge de prédilection d'apparition de la schizophrénie selon BAILLY D [21]. Au Mali cette tranche d'âge a été retrouvée par plusieurs auteurs tels que DIN et al en 2010[22], DIAKITÉ et al en 2018[8] ET COULIBALY et al en 2021[23] ; par contre dans la sous-région OGUNNUBI et al ont retrouvé au Nigeria que la tranche d'âge de 25-40 ans étaient la plus représentée (25).

Le sexe masculin était représenté à 88,1% contre 11,9% pour les femmes. Au Mali, plusieurs études avaient retrouvé une grande prédominance du sexe masculin[8,22,23,25] ; d'autres études dans la sous-région[17,19] ont retrouvé ces mêmes résultats. La schizophrénie étant une pathologie qui touche autant les hommes que les femmes, une telle prédominance du sexe masculin dans notre étude pose question. Cette prédominance trouve une réponse dans le biais de sélection dû au lieu d'étude. En effet, le service de psychiatrie reçoit plus d'hommes que de femmes. Selon l'enquête démographique et de santé du Mali réalisée par Baby M, 83% des ménages du Mali ont comme chef de famille un homme[25]. L'incapacité de l'homme à assurer ce rôle, pouvant être causée par la maladie mentale, est susceptible d'être prise plus au sérieux. A cela s'ajoute le fait que les hommes sont atteints plus tôt dans la vie, alors que le début des symptômes est plus tardif chez les femmes.

La religion musulmane était la plus représentée avec une fréquence de 90,5 %. Cet niveau de représentativité dépend exclusivement du pays dans laquelle nous sommes car NKETIA et al quant à eux ont retrouvé que plus des deux tiers (71,3 %) de leur participants étaient de confession chrétienne[17]. Nos résultats s'expliquent par le fait que 95 % de la population

maliennne est de confession musulmane selon le rapport du ministère des affaires religieuses et du culte en 2021 [26].

La quasi-totalité des patients vivait en cohabitation avec une fréquence de 88,9 %. Parmi ceux qui vivaient en cohabitation 45,5 % vivaient avec les parents. Cela s'explique par le fort niveau de vie communautaire de notre pays et de l'Afrique de l'ouest en général.

En ce qui concerne la situation professionnelle, les patients qui étaient en activité représentaient 57,1% contre 42,9% au chômage. Ces résultats sont en accords avec ceux retrouvé par DIN.O, et BABY.M ainsi que OGUNNUBI et al au Nigéria en 2017.(23, 25,26). Mais à noter que la grande majorité des études pointent beaucoup plus l'inactivité professionnelle des patients atteints de schizophrénie [8,12,17,19,23,27,28].

Malgré un travail avec une source de revenu, la moitié de nos patients se faisaient soutenir par la famille sur le plan financier avec une fréquence de 42,9 %. Ceux qui nous confortent encore plus sur notre thèse du fort niveau de vie communautaire dans notre pays.

Dans notre étude les patients ayant un niveau scolaire primaire était les plus représentés suivis des non scolarisés et du niveau scolaire secondaire avec des fréquences respectives de 36,5 %, 26,5 % et 23,8 %. Ces données sont les mêmes retrouvé par DIAKITE et al [8]. Les données présentées par BA et al étaient à peu près pareil avec 25,6 % patients ayant un niveau scolaire primaire, 20,7 % de non scolarisés et 29,9 % de niveau secondaire [10].

Les patients célibataires étaient les plus représentés avec 69 % des cas. Cela a été retrouvé dans plusieurs autres études au Mali sur la schizophrénie et dans la sous-région de manière générale (8, 10, 18, 20,28)

La grande majorité de nos patients vivaient à Bamako mais les 34,9 % vivaient hors de Bamako. Selon le rapport de la direction nationale de la population en 2023, la population maliennne a été estimée à 22 millions d'habitants dont 2 million 700 à Bamako et 20 millions hors de Bamako[29]. Ce pourcentage élevé de patients retrouvé à Bamako est dû à la localisation du service de psychiatrie. Cela nous indique qu'un pourcentage n'ont négligeable de patients ayant besoin de soin psychiatrique se retrouve hors de Bamako.

Dans notre étude 81,7 % de nos sujets ont déclaré avoir consommés une drogue au cours de leur vie et 31,7% déclaré en avoir consommé ces 30 derniers jours. Cette fréquence de consommation au cours des 30 derniers est très proche de celle retrouvé par DIAKITE et al qui était de 32,7 %.[8]

Quant à notre fréquence de consommation du cannabis elle se rapproche fortement de celle de DANTE et al. qui a retrouvé une prévalence de 63 %.

4.2. Informations familiales

Les antécédents familiaux de trouble psychiatrique étaient présents chez 75,4% des patients.

Ces données se rapprochent de celle de DIN et al qui ont retrouvé une fréquence de 89 % [22].

Ce chiffre est différent de ceux de DIAKITE et al ayant retrouvé une fréquence de 51,9 %. Cette différence avec les valeurs de DIAKITE et al est due au type d'étude qui était rétrospective.

Les patients avaient la quasi-totalité de leurs parents qui avaient un niveau socioéconomique précaire et un niveau de scolarisation bas [Tableau X et Tableau XI]. Cette fréquence a été retrouvé par BA et al [10].

Selon l'enquête démographique et de santé du Mali de 2018, 66% des femmes de 15-49 ans n'ont aucun niveau d'instruction contre 53% des hommes du même groupe d'âges[30].

4.3. Caractéristiques cliniques :

Dans notre étude la prévalence de la mauvaise qualité de vie était de 31,0 %. Nos données sont similaire à l'étude de AHONGBONON et al au Bénin en 2023 qui ont retrouvé une prévalence de 32,7%. [31]

Concernant nos moyennes retrouvées dans les 4 domaines [Tableau XIV] à savoir physiques, psychologiques, sociales et environnementales correspondent clairement à ceux rapportés par SEQUEIRA et al en Inde en 2024 et en chine par MAO et al en 2023[32,33]. Pourtant nos données sont contraire à ceux de OGUNNUBI et al[24] dont la prévalence de la mauvaise qualité de vie est supérieure à la nôtre et les moyennes des 4 domaines de vie plus bas. Cela pourrait s'expliquer en raison de sa conception observationnelle en coupe transversale.

Nous avons retrouvé dans notre étude une fréquence d'insight faible à 70,6%. Cette valeur est élevée en comparaison à celle de RAOUAH et al au Maroc ayant eu un insight faible de 66,6 %. Mais la fréquence de la mauvaise observance de notre étude est proche, avec 77 % pour nous et 79 % pour RAOUAH et al.[16]

4.4. Facteurs associés à la mauvaise observance :

Nous commencerons par signaler que le sexe masculin, le faite d'habiter seul, de ne pas vivre avec ses parents, et le chômage étaient les facteurs les plus représentés chez les patients

inobservants avec des fréquences respectives de 79,3% (25)[34] ; 92,9% [13,35–37] ; 84,1% ; et 81,5% [8]. Ces facteurs ont été retrouvés dans plusieurs autres études.

COULIBALY et al. ont rapporté une fréquence de 68,7% et Dante et al. 63,0% pour la consommation du cannabis chez les patients schizophrènes dans ce même service [9,23]. La consommation du cannabis est reconnue par plusieurs auteurs comme facteur de vulnérabilité pour la schizophrénie [23,38] .

Dans la présente étude la fréquence de consommation de tabac et de cannabis étaient respectivement de 59,5% et 52,4%. Parmi les patients inobservants 74,8% ont confirmé la prise de drogue au cours de leur vie, parmi lesquelles le tabac et le cannabis étaient les plus représentés avec 73,3 et 78,8%. L'usage de cannabis a été identifié dans plusieurs études comme facteurs d'inobservance. [18,39] Elles entraînent des altérations des systèmes dopaminergiques au niveau mésolimbique, ce qui rendait les patients résistants à l'action des neuroleptiques et aggraverait le pronostic [40].

L'insight comme l'observance du traitement est un phénomène non dichotomique, complexe et multidimensionnel. La majorité des travaux montrent que le faible niveau d'insight est un facteur prédictif majeur de mauvaise observance médicamenteuse [41,42].

Le faible niveau d'insight chez les patients avec une mauvaise observance était statistiquement significatif avec un p à 0,006.

Les patients ayant une bonne conscience de leur trouble sont plus observants au traitement prescrit et bénéficient d'une bonne capacité d'introspection, par conséquent, ils repèrent précocement les signes de rechute et évitent ainsi l'hospitalisation. [43,44] .

4.5.Limite de l'étude :

Pour une meilleure interprétation de nos résultats certaines limites doivent être prises en compte comme : la petite taille de notre échantillon et le caractère transversal de notre étude.

CONCLUSION

Les résultats de cette étude retrouvent une fréquence de 77 % de patients avec une mauvaise observance thérapeutique. Les facteurs prédictifs de cette mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes sont : la résidence hors de Bamako, la faible à moyenne qualité de vie globale, un insight faible, une pauvre conscience des symptômes et un pauvre besoin de traitement.

RECOMMANDATIONS

Au terme de ce travail, nous formulons les recommandations suivantes :

Au ministère en charge de la santé

- Subventionner les dépenses liées à la prise en charge de la schizophrénie, elle est classée parmi les maladies chroniques selon l’OMS et cette subvention permettra une meilleur observance.
- Faire plus de campagnes de sensibilisation par rapport à la maladie mentale et sa prise en charge.

Aux professionnels de la santé

- Accentuer beaucoup plus la psychoéducation et y introduire la thérapie d’observance pour consolider l’observance thérapeutique chez les patients atteints de schizophrénie ;

A l’entourage du malade chronique

- Apporter un soutien physique, moral et financier aux patients souffrant de maladies somatiques chroniques.
- **A la communauté**
 - De comprendre que la schizophrénie est une maladie chronique comme toutes les autres : HTA, Diabète... dont la prise en charge demande un suivi long et régulier
 - Aider ces personnes à faire un suivi régulier
 - Faciliter la réinsertion de ces personnes

REFERENCES

1. Section G - Schizophrénie [Internet]. [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-619-m/2012004/sections/sectiong-fra.htm>
2. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. [cité 28 déc 2022]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
3. Teferra S, Hanlon C, Beyero T, Jacobsson L, Shibre T. Perspectives on reasons for non-adherence to medication in persons with schizophrenia in Ethiopia: a qualitative study of patients, caregivers and health workers. *BMC Psychiatry*. 17 juin 2013;13(1):168.
4. El Ammouri A, Kisra H. Étude de l'observance thérapeutique chez une population de patients atteints de schizophrénie au Maroc. *L'Encéphale*. 1 déc 2017;43(6):522-7.
5. Adhésion aux médicaments dans la schizophrénie : facteurs influençant l'adhésion et conséquences de la non-adhésion, une revue systématique de la littérature [Internet]. [cité 25 déc 2022]. Disponible sur: <https://journals.sagepub.com/doi/epub/10.1177/2045125312474019>
6. McIntosh A, Conlon L, Lawrie S, Stanfield AC. Compliance therapy for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2006 [cité 15 déc 2022];(3). Disponible sur: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD003442.pub2/full/fr>
7. Misdrahi D. Exploration de l'observance dans la schizophrénie : de la recherche aux implications cliniques ? *Fr J Psychiatry*. 1 nov 2018;1:S97-8.
8. Diakite KS. Schizophrénie et rechutes, approche épidémiologique et clinique en milieu hospitalier au CHU du Point G. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2018 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/6467>
9. Danté L. Etude des effets de l'usage du cannabis chez les patients schizophrènes au CHU point G. [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2022 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/5491>
10. Ba B. Etude des facteurs associés à l'agrégation familiale de la schizophrénie [Internet] [Thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2021 [cité 19 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/4804>
11. Collège national des universitaires en psychiatrie, Association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique, Collège universitaire national des enseignants en addictologie, éditeurs. *Référentiel de psychiatrie et addictologie: psychiatrie de l'adulte, psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, addictologie*. 3e éd. Tours: Presses universitaires François-Rabelais; 2021. (L'officiel ECN).
12. Coulibaly SP, Dolo H, Notue CAM, Sangaré M, Mounkoro PP, Aboubacar A, et al. [Hospital epidemiology of psychiatric disorders in Mali]. *Pan Afr Med J*. 2022;41:160.
13. *Psychiatrie clinique: approche bio-psycho-sociale*. 4e édition. Montréal: Chenelière Éducation; 2016.

14. Crocq MA, Guelfi JD. DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux. 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
15. Mokaddem Y, Melin N, Bensadon M, Dubois J, Rey G. Traduction française de la 11e révision de la Classification internationale des maladies (CIM-11). Rev DÉpidémiologie Santé Publique. mars 2020;68:S38.
16. RAOUAH MA. Etude de l'observance thérapeutique chez les patients atteints de Schizophrénie A propos de 153 cas [Internet] [Thesis]. [Maroc]: UNIVERSITE CADI AYYAD FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE MARRAKECH; 2016. Disponible sur: <http://wd.fmpm.uca.ma/biblio/theses/annee-htm/FT/2016/these172-16.pdf>
17. Department of Medicine, East Gonja Municipal Hospital, P. O. Box 12, Salaga, Ghana, Nketia R, Menokpor JR, College of Health, P. O. Box 23, Yamfo, Ghana. Improving Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in the Sunyani Municipality, Ghana: The Role of Therapeutic Alliance. Int J Multidiscip Stud Innov Res. 22 oct 2022;10(2):1538-48.
18. Aarab C, Elghazouani F, Aalouane R, Rammouz I. Facteurs de risque de l'inobservance thérapeutique chez les patients schizophrènes: étude cas- témoins'. Pan Afr Med J. 20 mars 2015;20:273.
19. Owie GO, Olotu SO, James BO. Reliability and validity of the Medication Adherence Rating Scale in a cohort of patients with schizophrenia from Nigeria. Trends Psychiatry Psychother. 14 mai 2018;40(2):85-92.
20. Abrar S, Shoka A, Arain N, Widuch-Mert C. Landing on the MARS!!! Br J Med Pract. 1 sept 2012;5(3):9-14.
21. L'Encéphale - Vol 35 - n° S1 - EM consulte [Internet]. [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/revue/ENCEP/35/S1/table-des-matieres/>
22. Din O. Approche épidémiologique de la schizophrénie au service du CHU du Point G [Internet] [thesis]. Université de Bamako; 2010 [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/9258>
23. Coulibaly SDP, Ba B, Mounkoro PP, Diakite B, Kassogue Y, Maiga M, et al. Descriptive study of cases of schizophrenia in the Malian population. BMC Psychiatry. 20 août 2021;21(1):413.
24. Ogunnubi OP, Olagunju AT, Aina OF, Okubadejo NU. Medication Adherence Among Nigerians with Schizophrenia: Correlation Between Clinico-Demographic Factors and Quality of Life. Ment Illn. 22 mars 2017;9(1):6889.
25. Baby M. Les urgences psychiatriques au Mali : étude épidémio-clinique dans le service de psychiatrie de de l'hôpital du Point G a Bamako [Internet] [Thesis]. Université de Bamako; 2005 [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/7649>

26. Mali USM. Rapport 2020 sur la Liberté de Religion dans le Monde-Mali [Internet]. Ambassade des Etats-Unis au Mali. 2021 [cité 27 janv 2024]. Disponible sur: <https://ml.usembassy.gov/fr/rapport-2020-sur-la-liberte-de-religion-dans-le-monde-mali/>
27. Weret ZS. Immanuel Mental Specialized Hospital, Addis-Abeba, Éthiopie : Établissement. 2014;2.
28. Teferra S, Hanlon C, Beyero T. Perspectives sur les raisons du non-respect des médicaments chez les personnes atteintes de schizophrénie Éthiopie : une étude qualitative des patients, des soignants et des agents de santé. 2013;
29. Rapports – Direction Nationale de la Population [Internet]. [cité 29 janv 2024]. Disponible sur: <https://dnp-mali.ml/rapports/>
30. République du Mali Enquête Démographique et de Santé 2018 [Internet]. [cité 28 janv 2024]. Disponible sur: https://files.aho.afro.who.int/afahobckpcontainer/production/files/EDS_Mali_2021.pdf
31. Ahongbonon DNB, Kaboré A, Ouédraogo F, Goumbri P, Karfo K, Ouedraogo A. Qualité de vie des patients suivis pour schizophrénie dans les centres Saint Camille de Lellis au Bénin. *Psy Cause*. 2023;85(2):17-27.
32. Mao Z, Tian L, Sun Y, Dong F, Wang C, Bo Q. Quality of life and its predictors in first-episode schizophrenia and individuals at clinical high-risk for psychosis. *BMC Psychiatry*. 31 oct 2023;23(1):793.
33. Sequeira DV, Binny B, Javed N, Mathew VK, Pandiyan K. Assessing Quality of Life: A Comparative Study among Patients with Schizophrenia, Bipolar Affective Disorder, and Healthy Control in a South Indian Tertiary Care Setting. *Int Neuropsychiatr Dis J*. 3 janv 2024;21(1):7-13.
34. Ibrahim AW, Yahya S, Pindar SK, Wakil MA, Garkuwa A, Sale S. Prevalence and predictors of sub-optimal medication adherence among patients with severe mental illnesses in a tertiary psychiatric facility in Maiduguri, North-eastern Nigeria. *Pan Afr Med J*. 2015;21:39.
35. Corruble E, Hardy P. Observance du traitement en psychiatrie. *EMC - Psychiatr*. 1 janv 2004;1.
36. King D, Knapp M, Patel A, Amaddeo F, Tansella M, Schene A, et al. The impact of non-adherence to medication in patients with schizophrenia on health, social care and societal costs. Analysis of the QUATRO study. *Epidemiol Psychiatr Sci*. mars 2014;23(1):61-70.
37. The influence of perceived social support on medication adherence in first-episode psychosis - PubMed [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23327758/>
38. Méta-analyse de l'association entre le niveau de consommation de cannabis et le risque de psychose - PubMed [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26884547/>

39. Miller R, Ream G, McCormack J, Gunduz-Bruce H, Sevy S, Robinson D. A prospective study of cannabis use as a risk factor for non-adherence and treatment dropout in first-episode schizophrenia. *Schizophr Res.* 1 sept 2009;113(2):138-44.
40. Buckley PF. Substance abuse in schizophrenia: a review. *J Clin Psychiatry.* 1998;59 Suppl 3:26-30.
41. Jónsdóttir H, Opjordsmoen S, Birkenaes AB, Simonsen C, Engh JA, Ringen PA, et al. Predictors of medication adherence in patients with schizophrenia and bipolar disorder. *Acta Psychiatr Scand.* janv 2013;127(1):23-33.
42. Franck N. Psychoéducation et troubles de l'insight dans la schizophrénie. *Presse Médicale.* 1 sept 2016;45(9):742-8.
43. Masson E. Influence de la conscience du trouble et de la perception subjective du traitement sur l'observance médicamenteuse dans les troubles psychotiques [Internet]. *EM-Consulte.* [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/83215/influence-de-la-conscience-du-trouble-et-de-la-per>
44. Aperçu précoce et prise en charge de la décompensation schizophrénique - PubMed [Internet]. [cité 26 janv 2024]. Disponible sur: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2857763/>

ANNEXES

Fiche signalétique

Nom : MAIGA

Prénom : Sory Ibrahim

E-mail : soryibrahimmaiga26@gmail.com

Titre : Etude des facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie dans le service de psychiatrie du CHU point G d'Octobre 2022 à Octobre 2023

Année universitaire : 2022 – 2023

Téléphone : 70587764

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu dépôt : Bibliothèque de la Faculté de médecine et d'Odontostomatologie.

Secteur d'intérêt : Psychiatrie.

Résumé :

La schizophrénie est un trouble mental appartenant à la classe des psychoses. Le but de ce travail était d'identifier les facteurs associés à la mauvaise observance thérapeutique chez les patients souffrant de schizophrénie, suivis au service de psychiatrie du CHU Point G. Il s'agissait d'une étude transversale analytique incluant les patients de 18 à 60 ans capable de comprendre la procédure du consentement éclairé et avoir remplis les critères diagnostics de la schizophrénie selon le DSM-5.

La fréquence de la mauvaise observance était 77,0 %. Les patients vivant hors de Bamako avaient 3 fois plus de chance d'être non observants avec un $p=0,023$. Ceux qui avaient une qualité de vie faible à moyenne étaient les plus à risque d'être non observant avec un $p=0,006$. Le domaine de la qualité de vie qui était le plus significatif statistiquement était le domaine physique avec un $OR=2,76$. Les patients qui avaient un insight global faible avait 4 fois plus de chance d'être non observants avec un $p=0,006$. Les domaines de l'insight les plus significatif étaient la conscience des symptômes et le besoin de traitement avec un OR de 2,62 et 2,95.

Les conclusions de notre étude ont mis en évidence une fréquence significative de la non-observance thérapeutique parmi les participants. De plus, elles ont identifié certains facteurs prédictifs dont la gestion pourrait contribuer à améliorer cette observance.

Mots clés : Schizophrénie, Observance thérapeutique, CHU Point G

Summary:

Schizophrenia is a mental disorder belonging to the class of psychoses. The aim of this study was to identify factors associated with poor adherence to treatment in patients suffering from schizophrenia, followed at the psychiatry department of CHU Point G. This was an analytical cross-sectional study including patients aged 18 to 60 who were able to understand the informed consent procedure and had met the DSM-5 diagnostic criteria for schizophrenia.

The frequency of poor compliance was 77.0%. Patients living outside Bamako were 3 times more likely to be noncompliant, with a $p=0.023$. Those with low to average quality of life were most at risk of non-adherence, with a $p=0.006$. The domain of quality of life that was most statistically significant was the physical domain with an $OR=2.76$. Patients with low global insight were 4 times more likely to be noncompliant, with a $p=0.006$. The most significant domains of insight were symptom awareness and need for treatment, with ORs of 2.62 and 2.95.

The findings of our study highlighted a significant frequency of therapeutic non-adherence among the participants. In addition, they identified certain predictive factors whose management could help improve compliance.

Key words: Schizophrenia, Therapeutic compliance, CHU Point G

Fiche d'enquête

A. INFORMATIONS GENERALES

A.1. VOTRE INFORMATION

Date : Numéro de dossier :

ou Nom et Prénom :

1. Âge :ans

2. Sexe : Masculin Féminin

3. Statut matrimonial : Célibataire Marié(e) Divorcé(e)/ Séparé(e) Veuf(ve) Concubinage

4. Religion : Musulmane Chrétienne Animiste Juive Sans religion

5.a. Résidence : CI CII CIII CIV CV CVI Hors Bamako

5.d. Si Non, précisez Parents Conjoint(e)/partenaire Amis Enfants sans le/la conjoint(e)

6. Niveau scolaire : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur Troisième cycle

7. Profession : Formel Informel Sans Emploi

8. Source de revenu : Travail Famille/amis

A.2. INFORMATIONS SUR VOS PARENTS

9.a. Niveau scolaire du père : : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur

9.b. Niveau scolaire de la mère : : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur

9.c. Niveau socioéconomique du père Faible Moyen Elevé

9.d. Niveau socioéconomique de la mère Faible Moyen Elevé

10. Notion de trouble psychiatrique familial Oui Non

WHOQOL-BREF

CONSIGNE

Les questions suivantes expriment des sentiments sur ce que vous éprouvez actuellement.

Aucune réponse n'est juste, elle est avant tout personnelle.

	Très faible	faible	ni faible ni bonne	bonne	très bonne
1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?				

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?				

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
3	La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?				
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?				
5	Aimez-vous votre vie ?				
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?				
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?				

8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?					
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?					
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?					
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?					
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?					
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?					
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?					

WHOQOL-BREF

	très difficilement	difficilement	assez facilement	facilement	très facilement
--	-----------------------	---------------	---------------------	------------	--------------------

15 Comment arrivez-vous à vous déplacer ?					
---	--	--	--	--	--

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
16 Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?					
17 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?					

	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	très satisfait(e)
18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?					
19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?					
20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?					
21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?					
22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?					
23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?					

24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?					
25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?					

26 Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais	parfois	assez souvent	très souvent	tout le temps
---	--------	---------	---------------	--------------	---------------

WHOQOL-BREF

IS – (échelle d’insight actuel)

Lisez, s’il vous plaît les énoncés suivants attentivement et cochez ensuite la case qui vous correspond le mieux.

	D’accord	Pas d’accord	Incertain(e)
--	-----------------	---------------------	---------------------

1. Certains des symptômes ont été créés par mon imagination			
2. Je me sens psychologiquement bien			
3. Je n'ai pas besoin de traitement médicamenteux			
4. Mon séjour à l'hôpital était nécessaire			
5. Le médecin a raison de me prescrire un traitement médicamenteux			
6. Je n'ai pas besoin d'être vu(e) par un médecin ou un psychiatre			
7. Si quelqu'un disait que j'avais une maladie nerveuse ou mentale il aurait raison			
8. Aucune des choses inhabituelles que j'ai vécues n'est due à une maladie			

MARS

	OUI	NON
1. Vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ?		

2. Vous arrive-t-il d'être négligent dans la prise de vos médicaments ?		
3. Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre vos médicaments ?		
4 Parfois, si vous vous sentez moins bien lorsque vous prenez le médicament, arrêtez-vous de le prendre ?		
5 Je ne prends mes médicaments que lorsque je suis malade		
6 Il n'est pas naturel que mon esprit et mon corps soient contrôlés par des médicaments.		
7 Mes pensées sont plus claires grâce aux médicaments		
8 En continuant à prendre des médicaments, je peux éviter de tomber malade.		
9 Je me sens bizarre, comme un "zombie" sous traitement.		
10 Les médicaments me fatiguent et me rendent léthargique.		

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette faculté, et de mes chers condisciples, devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraires.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de race, de parti ou de classe viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.

Je garderai le respect absolu de la vie humaine dès la conception.

Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales contre les lois de l'humanité.

Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes condisciples si j'y manque.

Je le Jure !!