

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية

REPUBLIQUE ALGERIENNE DEMOCRATIQUE ET POPULAIRE

Ministère de l'Enseignement Supérieur
et de la Recherche Scientifique
Université Aboubakr Belkaid – Tlemcen –
Faculté de MEDECINE
D R. B. B ENZERDJEB - TLEMCEN



وزارة التعليم العالي والبحث العلمي
جامعة أبي بكر بلقايد – تلمسان –
كلية الطب
د. ب. بن زرجب – تلمسان

MEMOIRE DE FIN D' ETUDE POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE DOCTEUR EN MÉDECINE

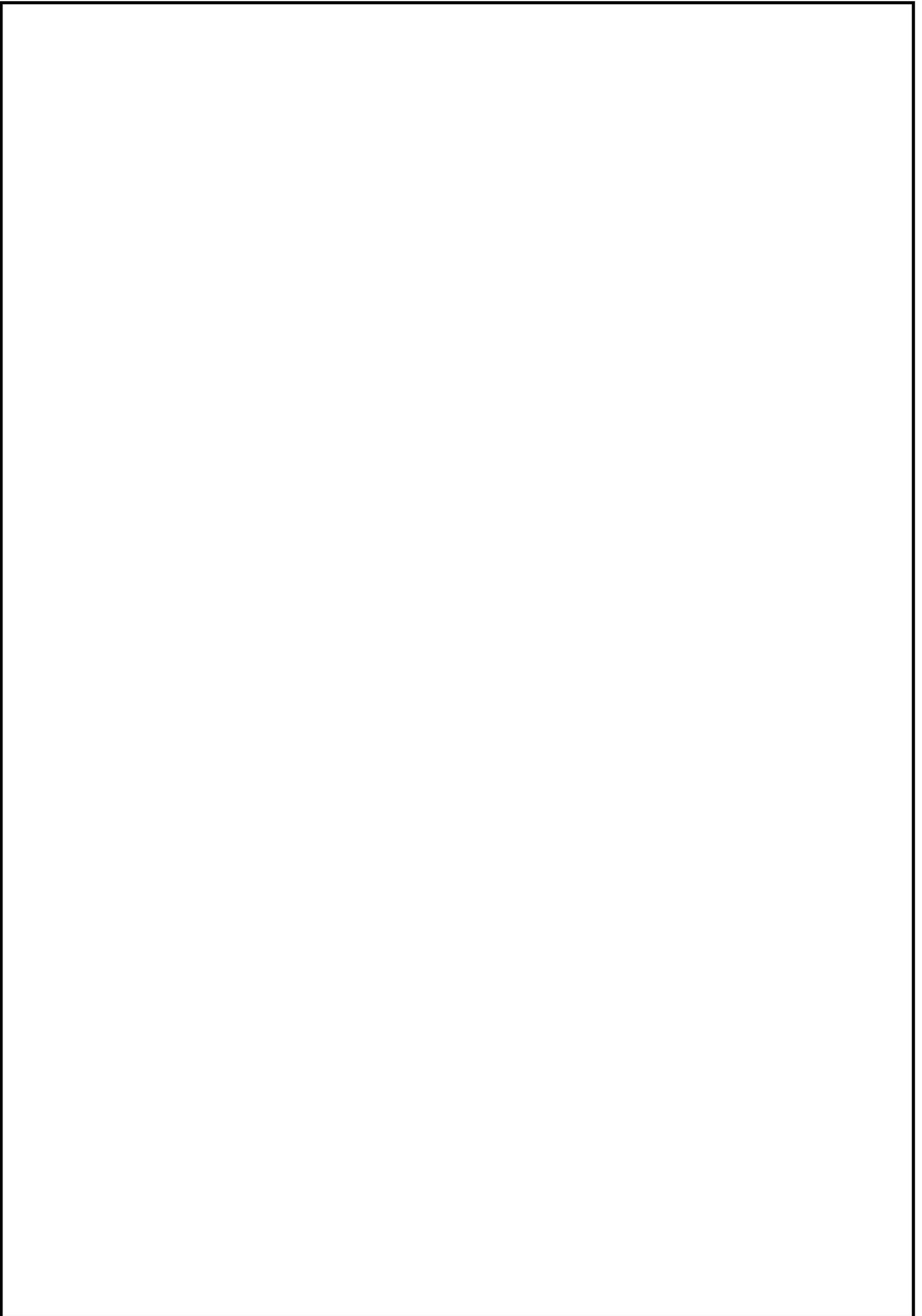
THÈME

La Qualité De Vie et L'insertion Socio-professionnelle Des Schizophrènes
(Étude faite au niveau du Service De La Psychiatrie, CHU Tlemcen)

Réalisée par : BENMANSOUR Narimane
CHIBOUB FELLAH Saliha
KLOUCHE DJEDIDE Nihel Selma
TLEMSANI khawla

Sous la direction de : Professeur MEBARKI

5 bbfYi bJj Yfg]HJfY &&%&S&&.....



Remerciement

On remercie DIEU le tout puissant de nous avoir donné la force, la santé et la volonté pour terminer ce mémoire.

On remercie Professeur MEBARKI pour son encadrement durant la préparation de ce mémoire.

On remercie nos parents, nos soeurs et frères pour l'amour et leur soutien continu, aujourd'hui on réalise qu'on a accompli de grandes choses grâce à leurs prières et bons conseils. Merci d'avoir cru en nous ! On vous aime.

Maman chérie, Aucun mot n'est assez fort pour te remercier. Je suis là grâce à toi et je le serai toujours.

“ La vie est sombre pour moi, chaque jour j'ai le cœur de plus en plus lourd. Je m'accroche à une lueur d'espoir qui est la seule à me reconforter: une prière.

Quelqu'un m'as entendu quand personne ne l'a fait, il a connu mes souffrances et il a décidé de me donner une chance dans la vie.

Chère Dieu, Tu es la plus belle chose dans ma vie, ton amour a fait revivre mon âme.

Je ne pourrai jamais te montrer à quel point je t'aime mais je passerai le reste de ma vie à essayer de te le prouver “

SOMMAIRE:

-La Qualité De Vie et L'insertion Socio-professionnelle Des Schizophrènes Au Service De La Psychiatrie, CHU Tlemcen.....-1-

-Introduction.....-2-

—La schizophrénie : symptômes positifs, négatifs et cognitifs.....-2-

—Épidémiologie de la schizophrénie.....-3-

—L'évolution de la schizophrénie.....-4-

—Définition de la qualité de vie.....-5-

—Les moyens de mesures de la qualité de vie....-6-

—Qualité de vie dans les pays à revenu moyen comme l'Algérie.....-9-

—La qualité de vie des patients ayant une pathologie psychiatrique.....-9-

—La qualité de vie des schizophrènes.....-10-

----- Facteurs influençant la qualité de vie chez les schizophrènes.....-10-

-----Schizophrénie et stigmatisation.....-13-

-----Schizophrénie, société et fonctionnement social.....-13-

-Matériaux et méthodes.....-16-

–Le questionnaire et l’analyse statistique.....-16-

-Résultats.....-17-

–Description sociodémographique des participants.....-17-

–L’insertion socio-professionnelle.....-17-

–La qualité de vie.....-17-

–Discussion.....-25-

–Le risque de suicide et la qualité de vie.....-31-

–Comment améliorer la qualité de vie ?.....-32-

-Conclusion.....-33-

–Références.....-34-

La Qualité De Vie et L'insertion Socio-professionnelle Des Schizophrènes Au Service De La Psychiatrie, CHU Tlemcen

Introduction

La schizophrénie : symptômes positifs, négatifs et cognitifs

La schizophrénie est souvent un trouble chronique et invalidant, caractérisé par des constellations hétérogènes de symptômes positifs et négatifs(1). La distinction entre symptômes positifs et négatifs trouve son origine dans le domaine de la neurologie et a ensuite été adoptée en psychiatrie ; dans la schizophrénie, cette distinction correspond aux observations cliniques et permet de décrire le trouble en termes de domaines symptomatiques.

Alors que les symptômes positifs reflètent un excès ou une distorsion de la fonction normale (par exemple délires, hallucinations, comportement désorganisé), les symptômes négatifs font référence à une diminution ou à une absence de comportements normaux liés à la motivation et à l'intérêt (par exemple anhédonie, asocialité) ou à l'expression (exemple affect émoussé, alogie). Les symptômes négatifs sont une composante essentielle de la schizophrénie et ils représentent une grande partie de la morbidité à long terme et des mauvais résultats fonctionnels chez les patients atteints de ce trouble(2) (3). Associés à des déficiences importantes dans la motivation, la communication, l'affect et le fonctionnement social, négatifs les symptômes sont un concept à multiples facettes avec des dimensions qui peuvent avoir des impacts différents sur les résultats fonctionnels(4).

Bien que les symptômes positifs soient généralement gérés efficacement avec les médicaments antipsychotiques disponibles, des options de traitement limitées sont disponibles pour les symptômes négatifs et malgré les progrès dans la compréhension de l'épidémiologie, de l'étiologie, de la biologie et de la psychopharmacologie de la schizophrénie, il reste un besoin médical non satisfait(5).

Les déficits cognitifs représentent également une caractéristique essentielle de la schizophrénie et ils pourraient être identifiés avant même son apparition, avec un

processus d'aggravation au cours de l'évolution de la maladie, en particulier lorsque le nombre d'épisodes augmente, malgré toutes les approches thérapeutiques, où le niveau de déficit cognitif était directement corrélé à l'âge des sujets. La déficience cognitive (légère ou sévère) est directement liée à une altération du fonctionnement social, l'un de ses impacts étant sur les compétences de vie autonome de la personne (activités professionnelles, capacités de soins).

Épidémiologie de la schizophrénie

La schizophrénie touche environ 24 millions de personnes ou 1 personne sur 300 (0,32 %) dans le monde. Ce taux est de 1 personne sur 222 (0,45 %) chez les adultes. Ce n'est pas aussi courant que beaucoup d'autres troubles mentaux. L'apparition survient le plus souvent à la fin de l'adolescence et dans la vingtaine et tend à se produire plus tôt chez les hommes que chez les femmes.

Il y a un décalage impressionnant entre le nombre de personnes atteintes de schizophrénie vivant dans les pays africains, estimé à environ 10 millions et le nombre total de patients inclus dans les essais africains, qui est inférieur à 2 000. Ces quelques essais étaient de faible qualité et ne semblaient pas refléter les besoins réels de la population. Nous soutenons que le concept de pragmatisme devrait être introduit dans la conception des essais randomisés dans les pays africains. Les essais pragmatiques devraient déterminer si les traitements, administrés dans des circonstances réelles, ont vraiment des effets cliniquement significatifs.

La fréquence du diagnostic de schizophrénie en Afrique varie de 6 à 60% selon les médecins. Les populations africaines ont connu des altérations sociales et culturelles qui se sont développées en pathologie mentale. La schizophrénie dans sa forme classique est assez rare dans les sociétés africaines traditionnelles, et elle apparaît avec des changements sociaux rapides qui organisent des sociétés avec des modèles culturels conçus sur les sociétés occidentales.

L'évolution de la schizophrénie

L'évolution de cette pathologie est très hétérogène : la maladie peut s'installer de façon chronique, ou bien présenter des exacerbations puis rémissions. (6) Dans l'ensemble, 50 à 75 % des personnes atteintes présentent pour une longue durée un niveau variable d'incapacité sociale et psychologique, 15 à 20 % se retrouvent en situation de handicap sévère. D'après les études menées à ce jour : (7)

- 20 % sont considérés comme guéris, sans pathologie résiduelle, déficit intellectuel ou social
- 30 % gardent des troubles discrets, compatibles avec une vie extra-institutionnelle et professionnelle sans aménagements particuliers
- 30 % suivent une évolution discontinue, nécessitant des aménagements professionnels et des prises en charge en milieu protégé
- et 20 % suivent une évolution chronique continue, souvent déficitaire avec un haut niveau de handicap social.

Le risque de décès prématuré est deux à trois fois plus élevé chez les sujets atteints de schizophrénie que dans la population générale (8). Les décès sont souvent dus à des maladies somatiques, cardiovasculaires, métaboliques ou infectieuses

Définition de la qualité de vie

En 1948, l'Organisation mondiale de la santé a défini la santé non seulement comme l'absence de maladie, mais aussi comme la présence d'un bien-être physique, mental et social (Organisation mondiale de la santé, 1948). Depuis, la plupart des branches de la médecine ont commencé à évaluer systématiquement les opinions subjectives des patients sur la maladie et les symptômes et à partir de là, le concept de qualité de vie (QdV) est apparu comme un domaine clinique prometteur. Bien qu'il y ait encore débat sur la définition de ce construit et sur ce qu'il englobe, les indicateurs de qualité de vie incluent systématiquement la satisfaction à l'égard de la vie/bonheur.

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la qualité de vie est « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. » « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes » (OMS)

La qualité de vie englobe plusieurs éléments :

- Psychologique (émotions, affects positifs)
- Physique (santé physique et capacités fonctionnelles)
- Social (sphères familiale, amicale, professionnelle, citoyenne) -Bien-être matériel et statut socio-économique.

Ces définitions sont peut-être différentes chez les sujets présentant une maladie. Pour leur part, Patrick et Erickson (9) précisent que « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé.

La qualité de vie associée à la santé (Health Related Quality of Life) (Patrick et Ericsson,)(9): "C'est l'évaluation des aspects fonctionnels, relationnels et

psychologiques de la vie lorsque ceux-ci dépendent de la maladie, des traitements et des aides financières“.

Avec l'augmentation de la prévalence des maladies chroniques notamment, qui nécessitent des soins au long cours et peuvent générer des douleurs et des handicaps, il est indispensable de considérer les conséquences engendrées par ces maladies par le ressenti des patients pouvant être exprimées à travers leur qualité de vie.

« Dans la mesure où les perceptions des patients déterminent de façon cruciale l'utilisation des services et des traitements et l'impact que ceux-ci auront sur leur état de santé, ces perceptions doivent être prises en compte directement. Les décideurs dans le domaine de la santé ont donc besoin d'indicateurs de résultats fiables et pertinents qui puissent les renseigner spécifiquement sur l'impact de leurs choix sur la qualité de vie et les perceptions des consommateurs de soins. ». (10)

Pour l'OMS, l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques est une priorité. Cette approche englobe tant les éléments médicaux stricto sensu que les déterminants de santé et concerne la santé physique comme la santé psychique.

Les moyens de mesures de la qualité de vie :

La mesure de la qualité de vie liée à la santé contribue aujourd'hui à évaluer l'impact d'une maladie, d'un acte de soin ou d'un médicament du point de vue des patients. (11)

Génériques :

- Conviennent à une grande variété d'individus.
- Groupes avec une pathologie ou non.

Spécifiques :

- Adaptées aux problèmes particuliers d'une population donnée.
- Groupes avec une pathologie précise.

Les questionnaires : composés de plusieurs questions (ou items) regroupées en une ou plusieurs échelles correspondant aux aspects (ou domaines) de la qualité de vie explorée par le questionnaire. On associe à chaque échelle un score calculé à partir des réponses à chacune des questions composant l'échelle.

-La MOS SF-36 (Medical Outcome Study, Short Form, 36 items) est un questionnaire généraliste destiné à permettre le recueil du point de vue des patients sur leur propre état de santé dans les études de recherche clinique ou d'évaluation des traitements et des services médicaux.

-Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26 (World Health Organisation Quality Of Life) Projet international 2 versions :

- 100 items (6 domaines : santé physique, santé psychique, autonomie, relations sociales, environnement et spiritualité)

- 26 items (4 domaines : santé physique, santé psychique, relations sociales, environnement)

Le questionnaire utilisé dans notre étude est établi à partir de l'instrument WHOQOL-BREF

Avec 26 items, le WHOQOL-BREF est une forme abrégée du WHOQOL-100, un instrument visant le relevé de la qualité de vie subjective. Celle-ci est définie comme une perception individuelle de la propre situation de vie dans le contexte de la culture et du système de valeurs ainsi que par rapport aux objectifs personnels, attentes, critères d'évaluation et intérêts. Le WHOQOL BREF a été développé en tant que questionnaire sur la qualité de vie générique et n'est donc pas limité à des domaines d'utilisation spécifiques. Le questionnaire est rempli par la personne interrogée. Le WHOQOL-BREF comprend les quatre domaines « santé physique », « bien-être psychique », « relations sociales » et « environnement ». La réponse aux items se fait avec une échelle à cinq niveaux (par exemple de « pas du tout » à « plutôt non », « à peu près », « la plupart du temps » à « complètement »). Les échelles présentent une cohérence interne très élevée. Le WHOQOL a été appuyé très largement sur le plan international et existe dans plusieurs langues. Il est validé et fiable. (12)

Actuellement, ce questionnaire est disponible en plus de 20 langues. Chacune de ces versions nationales a été testée afin de vérifier sa validité, sa fidélité et sa capacité à discriminer entre différents niveaux d'état de santé.

-WHOQOL-OLD - Intéressant, mais validations encore en cours.

Le concept de qualité de vie est un concept complexe et multidimensionnel comportant plusieurs dimensions interdépendantes. Le bien-être dépend des conditions de vie matérielles, mais aussi de la perception subjective de la qualité de la vie. Le revenu, le travail et le logement relèvent des conditions de vie matérielles. La santé et la formation font partie des dimensions immatérielles de la qualité de vie,

de même que la qualité de l'environnement, la sécurité personnelle, l'engagement civique et l'équilibre vie professionnelle vie privée.

Chacun aspire à une bonne qualité de vie, mais la réalisation individuelle peut en être très variable. La qualité de vie dépend également des infrastructures et de l'offre de services présentes dans la ville. À côté de facteurs économiques classiques tels que la fiscalité, la qualité de vie peut largement contribuer à l'attractivité d'une ville. Elle joue un rôle important dans la politique de développement urbain, car c'est elle qui attire les personnes et les entreprises et qui génère les capitaux nécessaires au développement de la ville.

Les indicateurs de la qualité de vie (retenus par le rapport Stiglitz / utilisé en 2011 par l'INSEE) (13):

- conditions de vie matérielles (conditions de logement / contrainte financière) -santé (santé physique et état émotionnel)
- éducation
- risques psychosociaux au travail,
- gouvernance et droits des individus (confiance dans la société)
- Loisirs et contacts sociaux
- Environnement et cadre de vie
- Sécurité physique et économique

Qualité de vie dans les pays à revenu moyen comme l'Algérie

Bien que la santé joue un rôle important dans l'amélioration de la qualité de vie, dans les pays à revenu faible ou intermédiaire les performances du système de santé sont faibles ; l'insuffisance des moyens, le taux élevé de mortalité infantile et maternelle, les maladies infectieuses qui restent la première cause de mortalité, l'accroissement des maladies cardio-vasculaires, du diabète, des accidents de la route, y aussi le problème d'accessibilité et la disponibilité des traitements, la qualité médiocre des soins et des services.

Sans contredire l'idée que la première cause est l'insuffisance des ressources consacrées à la santé.

Les systèmes de santé dans les pays pauvres sont en deçà des besoins et attentes des populations.

La qualité de vie des patients ayant une pathologie psychiatrique

La santé mentale fait partie intégrante de la santé et du bien-être c'est un droit fondamental de tout être humain. En 2004, l'OMS adopte une définition de la santé mentale qu'elle décrit comme « un état de bien-être dans lequel la personne peut se réaliser, surmonter les tensions normales de la vie, accomplir un travail productif et fructueux et contribuer à la vie de sa communauté »

La situation des personnes vivant avec des troubles psychiques est préoccupante, pour cela la promotion de la santé mentale est indispensable il faut répondre aux besoins des personnes qui souffrent de problèmes de santé mentale. La qualité de vie des personnes atteintes de trouble psychique reste complexe à définir, ils souffrent d'un grand isolement et d'une perte de capacité à réaliser les actes de la vie quotidienne, on constate des troubles de comportement, des difficultés à s'insérer en société, des troubles somatiques et y a aussi le risque suicidaire.

L'intérêt de la qualité de vie est important dans le domaine de la psychiatrie et de la santé mentale permet de refléter l'impact des maladies et des interventions de santé sur la vie quotidienne des patients, d'apprécier l'efficacité thérapeutique sur la symptomatologie, connaître les perceptions et les préférences des patients en

matière de santé notamment en termes de satisfaction, permet aussi l'observance des soins et de rechute.

La qualité de vie des schizophrènes

C'est dure de définir la qualité de vie des schizophrènes puisqu'il y a bon nombre de patients schizophrènes qui n'ont pas une bonne conscience de leur maladie. Pour cette raison, il y a un débat sur la faisabilité de l'administration du questionnaire à la famille des schizophrènes pour qu'ils répondent à leur place.

La qualité de vie (QOL) est une construction multidimensionnelle et est de plus en plus reconnue comme une mesure de résultat importante. La schizophrénie suit une évolution chronique et est un trouble mental invalidant. L'évaluation de la qualité de vie à l'aide des échelles actuellement disponibles pour la schizophrénie peut ne pas être culturellement pertinente.

-La qualité de vie (QoL) chez les personnes atteintes de schizophrénie a été mesurée à la fois d'un point de vue subjectif et objectif. Les mesures subjectives de la qualité de vie comprennent des indicateurs généraux de satisfaction à l'égard de la vie et plusieurs domaines de la vie tels que la satisfaction au travail, la famille, les relations sociales, les finances et les situations de logement ». Les mesures objectives de la qualité de vie incluent généralement des indicateurs de conditions de vie externes, des éléments sociodémographiques et un rôle fonctionnel dans la société [14]. Cependant, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) s'est concentrée sur l'aspect subjectif et définit la qualité de vie comme "la perception qu'ont les individus de leur position dans la vie dans le contexte de la culture et des systèmes de valeurs avec leurs objectifs, leurs attentes, leurs normes et leurs préoccupations". Tous ces facteurs posent une difficulté pour une bonne évaluation de la qualité de vie chez les schizophrènes [15].

Facteurs influençant la qualité de vie chez les schizophrènes

Il semble qu'un grand pourcentage de personnes atteintes de schizophrénie ne soient pas satisfaites de la qualité de leur vie et leur niveau d'insatisfaction diffère. [16]

Plusieurs facteurs peuvent influencer la qualité de vie chez les schizophrènes, mais les facteurs les plus communément prouvés selon une étude [17] sont le fait d'avoir un emploi, ne pas avoir été hospitalisé au cours des 5 dernières années et être plus satisfait du soutien social sont des facteurs qui influencent positivement la qualité de vie des schizophrènes. Il est donc crucial que la réadaptation psychosociale des patients atteints de schizophrénie tienne compte de ces facteurs, en augmentant le réseau de soutien, en prévenant les rechutes et en favorisant les activités professionnelles.

Dans une étude transversale [18] dont l'objectif principal était de construire un modèle intégrant un maximum de facteurs explicatifs de la qualité de vie, parmi lesquels :

- la capacité d'insight, c'est-à-dire la conscience des troubles
- le niveau de fonctionnement global au quotidien (psychologique, social et professionnel)
- les symptômes
- les capacités cognitives.

Pour y parvenir, les chercheurs ont travaillé à partir des données recueillies lors des évaluations au sein des Centres Experts FondaMental de 776 patients avec un trouble schizophrénique, inclus dans la cohorte FACE-SZ.

À l'aide de modèles statistiques structuraux innovants, cette étude a permis d'identifier que:

Un meilleur fonctionnement était associé à une qualité de vie plus élevée

Une meilleure cognition, un niveau élevé de reconnaissance des troubles, des symptômes dépressifs et psychotiques plus importants étaient néanmoins associés à une diminution de la qualité de vie ;

La réserve cognitive était, quant à elle, liée de manière indirecte à la qualité de vie par le biais de la cognition actuelle. La réserve cognitive pouvant être définie comme

la capacité de notre cerveau à conserver certaines de ses fonctions malgré les dommages cérébraux causés par les maladies ou le vieillissement naturel.

Les recherches intégrant les nombreuses variables mesurant le devenir subjectif et objectif des patients et les dispositions cognitives et psychologiques sont d'un grand intérêt pour les cliniciens, car elles mettent en relief la complexité des phénomènes », indique le Dr Éric Brunet-Gouet.

Ainsi, d'après les résultats de cette étude, il semble essentiel d'explorer les émotions négatifs ressenties par les patients, identifiées comme un facteur impactant négativement la qualité de vie, afin de permettre une prise en charge optimale des symptômes dépressifs dans le suivi du patient.

Les facteurs contribuant à la qualité de vie dans la schizophrénie sont complexes et les déterminants présumés s'influencent mutuellement, ce qui démontre la pertinence d'étudier des modèles statistiques intégrant l'ensemble des variables mesurées », explique le Dr Éric Brunet-Gouet, psychiatre au Centre Hospitalier de Versailles.

Chez les patients atteints de schizophrénie, la qualité de vie a été corrélée négativement avec les symptômes dépressifs et anxieux (les résultats semblent moins convaincants concernant les symptômes positifs et les déficits cognitifs) ; la rémission des symptômes positifs et négatifs a été associée à une meilleure qualité de vie, mais la persistance des symptômes dépressifs diminue la qualité de vie même lorsque les patients étaient ou non en rémission ; les antipsychotiques de deuxième génération améliorent significativement la qualité de vie par rapport aux antipsychotiques de première génération ; et les psychothérapies (rééducation, case management...) améliorent la qualité de vie. [19]

Schizophrénie et stigmatisation

Les personnes atteintes de schizophrénie sont souvent victimes de violations des droits humains, dans les établissements psychiatriques comme en dehors. Les schizophrènes sont très souvent victimes d'une forte stigmatisation, qui entraîne une exclusion sociale et a une incidence sur leurs relations avec l'entourage, y compris la famille et les amis. Cela contribue à la discrimination, qui à son tour peut limiter l'accès aux soins de santé généraux, à l'éducation, au logement et à l'emploi.

Les schizophrènes sont plus vulnérables que les autres à diverses violations des droits humains, notamment la négligence, l'abandon, l'absence de logement, la maltraitance et l'exclusion.

Ceci peut entraîner un stress et une peur extrêmes, la disparition des soutiens sociaux, l'isolement ainsi que la perturbation des services de santé et de l'approvisionnement en médicaments. Ces changements peuvent avoir un impact sur la vie des personnes atteintes de schizophrénie, par exemple exacerber les symptômes, ou mener au suicide.

Schizophrénie, société et fonctionnement social

Dans la schizophrénie, les troubles cognitifs et les troubles du fonctionnement social ont longtemps été considérés comme secondaires.

Aujourd'hui, ils sont davantage pris en compte par les soignants, les chercheurs et les stratégies de soins en sont modifiées. Il ne s'agit plus seulement de viser la rémission des symptômes et la prévention des rechutes, mais de permettre aux patients d'améliorer leur fonctionnement social (autonomie, vie relationnelle, professionnelle, loisirs). Différentes approches peuvent être mobilisées pour atteindre cet objectif.

La schizophrénie peut se soigner, mais pour cela, rétablir le lien avec l'entourage est essentiel, car la maladie conduit souvent à un isolement qui complique le parcours de soins, expliquent les associations à l'occasion des Journées de la schizophrénie.

L'image que le grand public se fait de la maladie est focalisée sur les symptômes qui s'ajoutent à la personnalité (hallucinations, etc.) et sur le traitement par des

médicaments alors que la réalité de la maladie, c'est que les personnes schizophrènes s'isolent, ont du mal à passer à l'action, du mal à connecter les idées entre elles. Travailler sur ces troubles-là, par un processus de reconnexion, fait partie du traitement.

Une étude publiée en mars 2018 [20] a discuté les résultats suivants :

"Est-il bien reconnu que les déficits du fonctionnement social exprimés par de mauvaises interactions sociales et des difficultés à établir et à maintenir des relations familiales ou amicales [21] sont une caractéristique essentielle de la schizophrénie et qu'ils sont influencés à la fois par les caractéristiques sociales et démographiques des personnes atteintes de ce diagnostic et les facteurs cliniques". Dans ce contexte, le fonctionnement social a reçu plus d'attention et il a été reconnu comme l'une des cibles thérapeutiques par le Manuel diagnostique et statistique, 4e édition (DSM-IV), où le niveau de fonctionnement social était corrélé à l'efficacité du traitement antipsychotique. [22]. Plus encore, le niveau de fonctionnement social est devenu l'un des items mesurés dans les études sur la schizophrénie comme indicateur du résultat de diverses approches thérapeutiques [23].

S'il existe des corrélations statistiquement significatives entre la durée de la maladie, l'état clinique des patients à la sortie et leurs niveaux d'adaptation sociale, des études antérieures ont également prouvé que non seulement l'amélioration des symptômes psychotiques pouvait entraîner une amélioration dans le fonctionnement social des personnes souffrantes [24], un rôle important étant joué par les déficits cognitifs des personnes atteintes de schizophrénie, combinés à la présence des symptômes négatifs (25)

Le fonctionnement social des personnes atteintes de schizophrénie dans une étude était influencé par un ensemble de facteurs, à la fois cliniques et psychosociaux : durée d'évolution plus longue de la maladie, hospitalisations multiples, déficits cognitifs, comportements suicidaires. Le résultat de la prise en charge thérapeutique au cours de l'hospitalisation n'a pas montré d'amélioration de la fonction sociale, ni des capacités cognitives, l'effet du stress perçu étant présent au moment de la sortie. Dans ce contexte, il est recommandé d'inclure des thérapies complémentaires afin d'améliorer les compétences sociales des personnes atteintes de schizophrénie et de leur donner de meilleures chances d'obtenir le rétablissement.

Le fonctionnement social affecte également de manière significative le pronostic des patients schizophrènes. Le taux de rechute devient plus élevé chez les patients schizophrènes lorsqu'ils présentent un déficit fonctionnel grave et le déficit fonctionnel est considéré comme un facteur de pronostic important, Par conséquent, l'évaluation du fonctionnement social est importante pour prédire le pronostic ainsi

que pour déterminer les traitements efficaces pour les patients schizophrènes. Étant donné que la capacité de fonctionnement social peut jouer un rôle important dans la vie quotidienne et que les patients schizophrènes à faible fonctionnement social ont montré un mauvais pronostic, de nombreux chercheurs se sont concentrés sur l'identification des facteurs liés au fonctionnement social chez ces patients.

Matériaux et méthodes

Cette étude s'est déroulée au niveau du CHU Tlemcen, service de la psychiatrie, du 03/2022 au 06/22. Les critères d'inclusion sont tout patient schizophrène sous médicament venu consulter qui a plus de 18 ans qui veut participer à l'étude. Le consentement a été obtenu avant la collecte des données. Le questionnaire a été administré lors d'un entretien dans un endroit calme entre les investigateurs et les patients ou leurs familles si le patient ne s'exprime pas clairement.

Le questionnaire et l'analyse statistique

Le questionnaire contient trois parties, le consentement, une partie sur les données sociodémographiques des participants et une dernière sur la qualité de vie des participants. La section sociodémographique investigate des questions sur l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, la situation matrimoniale, le niveau de vie et le logement...

La qualité de vie a été déterminée en utilisant Le WHOQOL-Bref, qui est un questionnaire avec quatre scores de domaine notés individuellement sur la perception globale d'un individu de la qualité de vie et de la santé et 26 questions. Une copie du questionnaire peut être visualisée sur (Fig 0) Les quatre domaines sont la santé physique, la santé mentale, les relations sociales et le bien-être environnemental. Les scores des quatre domaines sont mis à l'échelle dans le sens positif, les scores les plus élevés indiquant une meilleure qualité de vie. Trois éléments du questionnaire doivent être inversés avant de les analyser. Le logiciel d'analyse utilisé est Windows Excel. Le score a été transformé sur une échelle de 0-100 pour qu'il soit comparable aux résultats obtenus par le questionnaire WHOQOL-100 qui est la version la plus longue du questionnaire original. Le minimum et le maximum, la moyenne, la déviation standard des scores transformés ont été calculés. Un score ≤ 45 reflète une qualité de vie basse, un score de 46 à 65 reflète une qualité de vie moyenne et un score > 65 reflète une bonne qualité de vie (Bani-Issa, 2011).

Résultats

L'objectif de cette étude est de déterminer la qualité de vie des schizophrènes et l'insertion socio-professionnelle .

Description sociodémographique des participants :

Les participants de cette étude étaient majoritairement des hommes, à 66% (fig 1). Le niveau d'éducation le plus répandu est le niveau de collègue a 32%, suivi par le secondaire a 26%, ensuite le niveau universitaire a 16%, les diplômés ainsi que les tenants d'un diplôme universitaire a 12% chacun, et en derrière lieu 2% qui n'ont jamais été scolarisé (fig 2).

52% des patients de notre étude vivent dans des endroits ruraux (Fig 3).

92% des schizophrènes de notre étude vivent avec leurs familles à la maison, seulement 8% vivent seuls (Fig 4). 68% des patients de notre étude sont célibataires, 28% sont mariés. 4% sont divorcés/veufs (Fig 5). 70% des participants n'ont pas d'enfants (Fig 6).

L'insertion socio-professionnelle .

Nos résultats sur la situation professionnelle des participants montrent que la majorité des schizophrènes de notre étude sont sans emplois a 42%, 20% occupent des postes non-gouvernementaux simples comme agent de sécurité, 14% occupent des postes d'emploi gouvernementaux, 8% sont des étudiants (Fig 7). La plupart des schizophrènes-travailleurs de notre étude déclarent qu'il leur a fallu plus de 3 ans de recherche d'emploi pour trouver le poste qu'ils occupent (Fig 8). 75% des schizophrènes n'ont pas d'autres comorbidités (Fig 9)

La qualité de vie

Les résultats de la qualité de vie sont résumés sur le (tab 1). La moyenne des scores de la santé physique des schizophrènes de notre étude est 49.22 sur une échelle de 100, ce qui reflète la qualité moyenne de la santé physique de nos participants. La moyenne des scores de la santé mentale est 52.24 sur une échelle de 100, ceci montre que les schizophrènes ont un niveau de santé mentale moyen selon l'interprétation du score. La moyenne des scores des relations sociales est inférieur à 45. Ce résultat signifie que la qualité de vie sociale est basse, quant au

bien-être environnemental, il est à 56.38, ce qui est considéré comme une qualité moyenne.

WHOQOL-BREF Domaines	N	Minimum	Maximum	Moyenne	Std. Deviation
Santé physique	50	13	88	49.22	15.35
Santé mentale	50	6	94	52.24	20.79
Relations sociales	50	0	100	44.26	25.03
bien-être environnemental	50	19	94	56.38	19.95

Qualité de vie des schizophrènes calculée selon l'échelle WHOQOL-BREF ,score transformé, échelle sur 0-100 (tab1)

هل أنت؟
50 responses

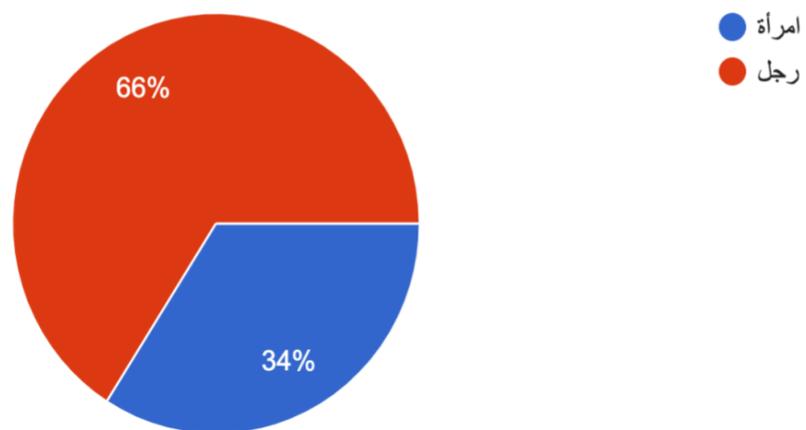


Fig 1

مستواك التعليمي
50 responses

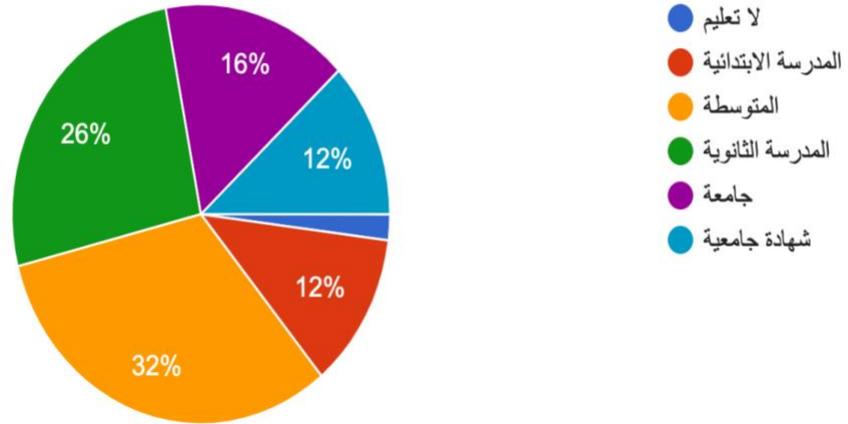


Fig 2

هل تعيش في؟
50 responses

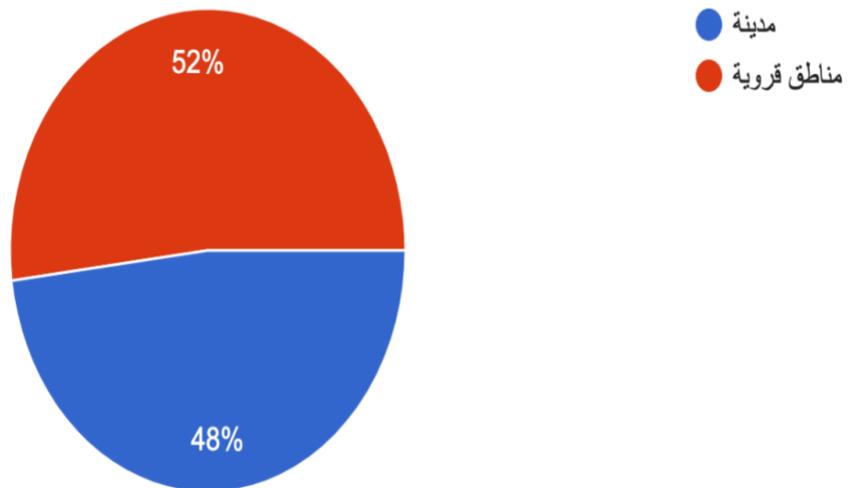


Fig 3

هل تعيش
50 responses

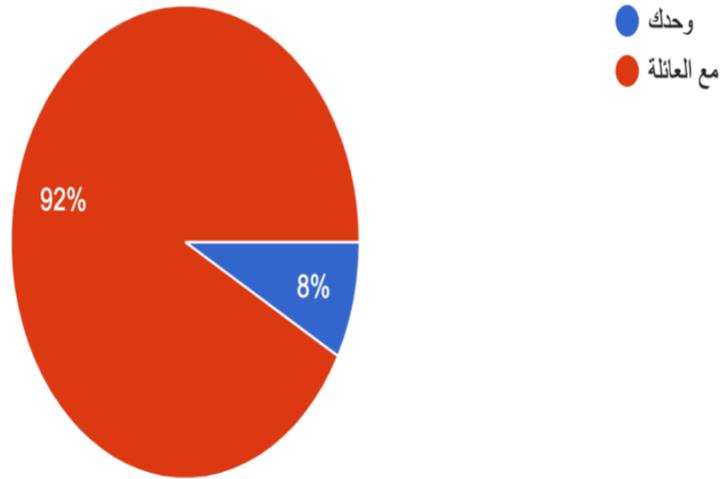


Fig 4

هل أنت؟
50 responses

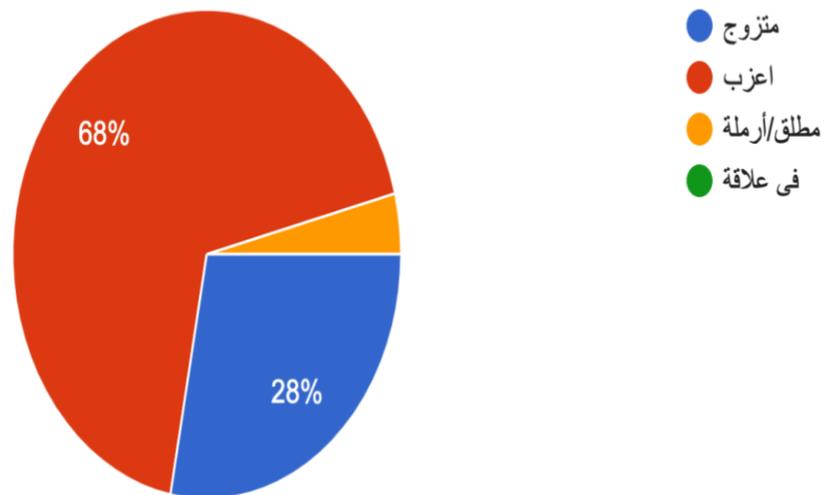


Fig 5

هل لديك أطفال؟

50 responses

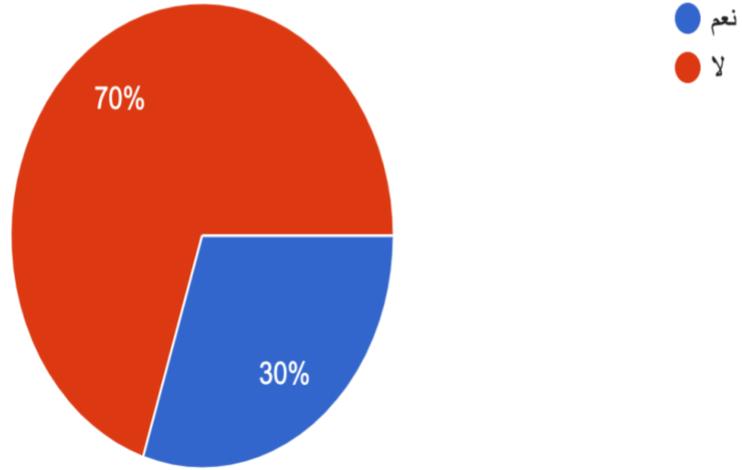


Fig 6

وظيفتك الآن

50 responses

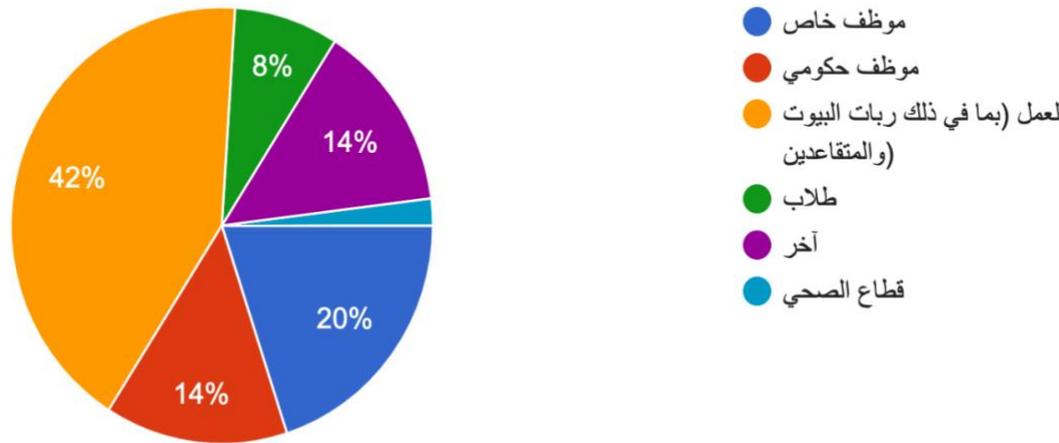


Fig 7

كم من الوقت استغرقت في العثور على وظيفة جديدة / استعادة نفس الوظيفة

50 responses

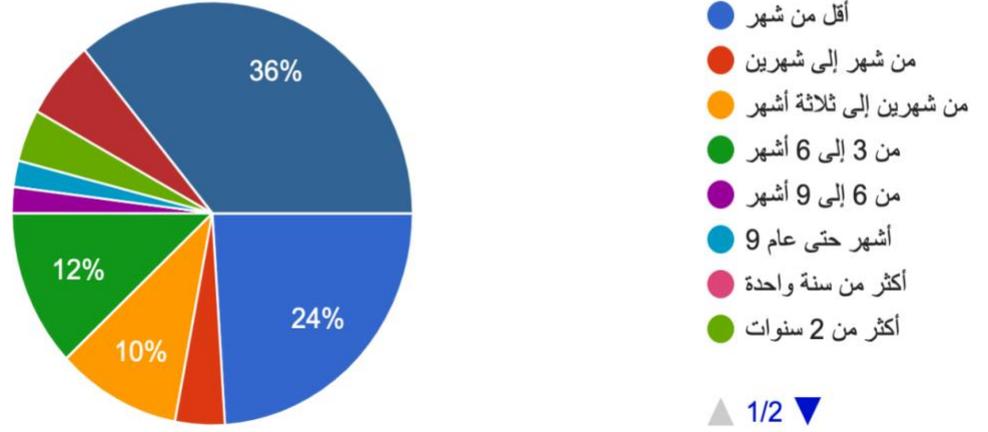
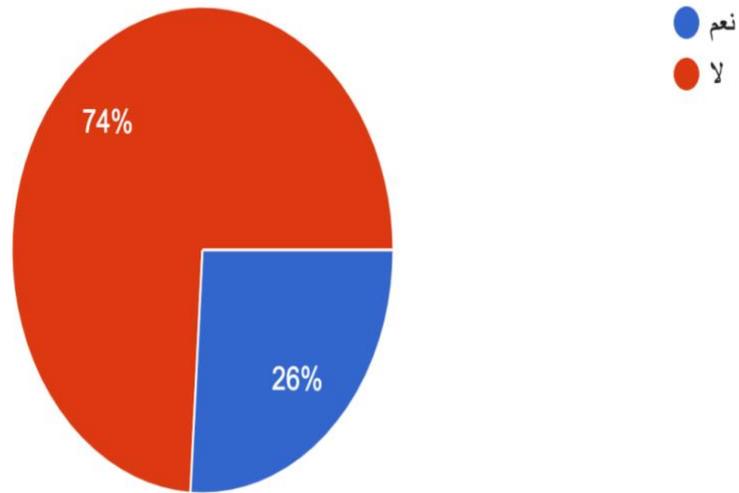


Fig 8

(هل لديك أي أمراض مزمنة؟) (أكثر من الفصام)

50 responses



1	Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible <input type="checkbox"/>	faible <input type="checkbox"/>	ni faible ni bonne <input type="checkbox"/>	bonne <input type="checkbox"/>	très bonne <input type="checkbox"/>
2	Etes-vous satisfait(e) de votre santé ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
3	La douleur physique vous empêche t'elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas du tout <input type="checkbox"/>	un peu <input type="checkbox"/>	modérément <input type="checkbox"/>	beaucoup <input type="checkbox"/>	extrêmement <input type="checkbox"/>
4	Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidiennement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Aimez-vous votre vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Estimez-vous que votre vie a du sens ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Etes-vous capable de vous concentrer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9	Vivez-vous dans un environnement sain ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	Acceptez-vous votre apparence physique ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	Avez-vous souvent l'occasion de pratiquer des loisirs ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

15	Comment arrivez-vous à vous déplacer ?	très difficilement <input type="checkbox"/>	difficilement <input type="checkbox"/>	assez facilement <input type="checkbox"/>	facilement <input type="checkbox"/>	très facilement <input type="checkbox"/>
16	Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ?	très insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	ni satisfait(e) ni insatisfait(e) <input type="checkbox"/>	satisfait(e) <input type="checkbox"/>	très satisfait(e) <input type="checkbox"/>
17	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19	Etes-vous satisfait(e) de vous ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20	Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21	Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services de santé ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25	Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26	Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir, l'anxiété ou la dépression ?	jamais <input type="checkbox"/>	parfois <input type="checkbox"/>	assez souvent <input type="checkbox"/>	très souvent <input type="checkbox"/>	tout le temps <input type="checkbox"/>

Le questionnaire WHOQOL-BREF (Fig 0)

Discussion :

Les résultats de notre étude révèlent un handicap psychique significatif chez les sujets souffrant de schizophrénie. Tout d'abord, les indicateurs objectifs, montrent que le handicap se situe à plusieurs niveaux. Les sujets souffrant de schizophrénie souffrent en effet de difficultés cognitives, qui peuvent être considérées comme des déficiences, d'ores et déjà connues pour entraîner des limitations d'activités. À un niveau plus complexe, ils connaissent également des limitations d'activité et des restrictions de participation qui touchent plusieurs dimensions de leur vie au sein de la communauté. Elle débute le plus souvent avant l'âge de 30 ans. Bon nombre ne travaillent pas, se marient peu et ont peu de contacts sociaux en dehors de leur famille et des circuits de soins.

En France, Sur 150 000 personnes schizophrènes suivies en secteur public de psychiatrie : 77 % sont célibataires, dont les $\frac{3}{4}$ n'ont pas d'enfants, et 79 % n'ont pas d'activité professionnelle. Les discriminations et rejets sont fréquents, l'accès aux soins souvent difficile, notamment dans les pays défavorisés.

Chez les patients atteints de schizophrénie, la qualité de vie a été corrélée négativement avec les symptômes dépressifs et anxieux (26) (les résultats semblent moins convaincants concernant les symptômes positifs et les déficits cognitifs) ; la rémission des symptômes positifs et négatifs a été associée à une meilleure qualité de vie(27) mais la persistance des symptômes dépressifs diminue la qualité de vie même lorsque les patients étaient ou non en rémission ; les antipsychotiques de deuxième génération améliorent significativement la qualité de vie par rapport aux antipsychotiques de première génération ; et les psychothérapies (rééducation, case management...) améliorent la qualité de vie. Plusieurs échelles de qualité de vie générales et spécifiques à la maladie ont été développées et testées avec succès chez des patients atteints de schizophrénie.(28) L'échelle spécifique à la maladie la plus appropriée est l'échelle de qualité de vie (Heinrichs et al, 1984) puisqu'elle prend en compte les déficits cognitifs des patients et qu'elle permet de mesurer finement le ressenti subjectif des patients lors d'une hétéro-évaluation. L'Échelle de Qualité de Vie est une échelle de 21 items basée sur un entretien semi-directif, qui

se compose de quatre sous-échelles : relations interpersonnelles, fonctionnement du rôle instrumental, fondements intrapsychiques et utilisation d'objets et d'activités communs. Il a été initialement conçu pour évaluer les symptômes déficitaires de la schizophrénie. Il s'agit d'un outil simple et assez court, destiné à être utilisé comme critère de résultat, mesure du changement et indicateur de l'efficacité des interventions thérapeutiques. Des qualités métrologiques probantes ont été décrites : validités de contenu, de construit et nomologique ; les inter-évaluateurs et les fidélités test-re test ; il est sensible au changement et aux traitements et négativement corrélé aux symptômes (PANSS) et à l'état clinique (CGI). Deux des principaux essais récents sur l'efficacité des antipsychotiques, CATIE et CUtLASS, ont tous deux adopté l'échelle de qualité de vie comme mesure de la qualité de vie .

Une étude transversale descriptive sur deux ans 2010-2012. Ont été inclus dans l'étude 28 patients répondant aux critères du DSMIV de schizophrénie et troubles anxieux en comorbidité, âgés entre 17 et 65 ans et suivis au niveau du service de psychiatrie du C.H.U-Tlemcen depuis au moins une année. Le MINI (Mini-International Neuropsychiatric Interview, French Version 5.0.0) a été utilisé pour le diagnostic de schizophrénie et des troubles anxieux ; l'échelle S-QoL (Schizophrenia-Quality of Life) a été utilisée pour évaluer la qualité de vie, l'échelle de MARKOVA pour évaluer l'insight.

Résultats : 28 patients ont été inclus dans cette étude, souffrant de comorbidité schizophrénie - trouble anxieux. Les patients avaient une qualité de vie altérée et un bas niveau d'insight.

Il existe une corrélation négative entre l'insight et la QV, plus la conscience du trouble est bonne, moins bonne est la qualité de vie de ces patients. Certaines dimensions de la QV sont significativement liées à l'insight : l'estime de soi, le bien-être physique, et la résilience.

L'étude montre que la conscience du trouble mental est associée à une mauvaise qualité de vie subjective auto-évaluée par les patients. Les résultats rejoignent ceux retrouvés dans certaines études concernant la schizophrénie. Par contre pour ceux avec trouble anxieux en comorbidité, ce n'était pas retrouvé dans la littérature d'études semblables afin de pouvoir comparer les résultats.

Cette étude permet en outre, de décrire avec précision les difficultés dont les individus atteints de schizophrénie font l'expérience dans leur vie quotidienne. Les personnes souffrant de schizophrénie ont une QOL subjective moindre que les sujets témoins. Selon l'évaluation en vie quotidienne, les sujets souffrant de schizophrénie sont, en moyenne, d'« insatisfaits » à « partagés » quant à leur QOL globale (i. e. satisfaction sur leur vie en général), alors que les sujets témoins exempts de pathologie mentale se situent entre « partagés » et « satisfaits ».

La description détaillée des événements jugés significatifs sur une semaine révèle plusieurs points importants. D'abord la fréquence relative des événements dans la vie quotidienne diffère chez les personnes souffrant de schizophrénie. Même si l'on retrouve le même profil que chez les sujets sains (dans l'ordre décroissant de fréquence, les événements les plus significatifs concernent : Famille, Loisirs, Travail, Relations sociales), les événements qui concernent la santé occupent la première place. Dans ce dernier domaine, la QOL subjective est reliée à l'impact des événements quotidiens, mais ne diffère pas de celle des sujets témoins. En revanche, les deux domaines où la QOL subjective est significativement moindre dans la schizophrénie concernent les relations interpersonnelles : la famille et les relations sociales. Or, il faut noter que ce sont aussi les événements parmi les plus fréquents dans la vie quotidienne. Ces résultats montrent que la santé et les relations personnelles sont les domaines les plus préoccupants pour les sujets souffrant de schizophrénie,(29) que ce soit en termes d'intensité ou de fréquence dans la vie quotidienne. Ces résultats soulignent également la nécessité de relativiser les scores de QOL par rapport à la fréquence des événements en vie quotidienne. De manière surprenante, dans le domaine du travail, les sujets souffrant de schizophrénie ont une meilleure QOL subjective que les sujets témoins. Ce résultat suggère que l'inactivité professionnelle ne constitue pas un domaine majeur d'insatisfaction quotidienne pour les personnes souffrant de schizophrénie. Enfin, les événements qui concernent les finances et le logement préoccupent moins souvent les sujets souffrant de schizophrénie. La QOL subjective rapportée dans ces domaines ne diffère pas de celle des sujets exempts de pathologie.

La troisième série de résultats montre que l'évaluation de la QOL subjective dans le groupe « schizophrénie » n'est que rarement reliée à l'impact des événements quotidiens, alors que c'est souvent le cas dans le groupe témoin. Il faut, de plus, souligner que les corrélations significatives sont très majoritairement négatives, ce qui signifie que plus l'impact d'un événement est négatif, plus la QOL qui s'y rattache est faible. Dans ce cas, la QOL subjective des individus dans un domaine est cohérente avec l'impact des événements correspondants en vie quotidienne. Enfin, il existe une corrélation positive, relevée dans le domaine de la famille, pour le groupe « schizophrénie ». Cette corrélation signe, là encore, le décalage de la QOL subjective avec l'impact des événements en vie quotidienne. Un retour sur la notion de QOL subjective pourrait éclairer ce décalage : en effet, si l'on considère que la satisfaction qu'a un sujet concernant sa vie est relativement stable, elle ne sera guère influencée par les événements de vie quotidiens. En revanche, le bien être subjectif, qui reflète la qualité du vécu à un moment précis, y sera davantage sujet.

Cette étude comporte plusieurs limites. Premièrement, l'échantillon sélectionné possède des caractéristiques particulières, ce qui limite la généralisation des résultats. Notamment, le fait d'être stable cliniquement, et de vivre dans un milieu rural ne concerne pas tous les sujets souffrant de schizophrénie. De plus, l'influence potentielle du traitement pharmacologique n'a pas été contrôlée. Néanmoins, il faut entendre la présente recherche comme une tentative de description du handicap

psychique dans des conditions réelles de prise en charge, telles qu'elles sont vécues par les individus au jour le jour.

Ces résultats confirment et précisent les données de la littérature concernant la sévérité du handicap psychique dans la schizophrénie. Ce dernier intervient à plusieurs niveaux : au niveau du fonctionnement cognitif et affectif, au niveau du fonctionnement dans la communauté, et au niveau subjectif tel que le montrent les évaluations en vie quotidienne. Ainsi, les données obtenues en vie quotidienne placent la santé au premier rang des préoccupations les plus fréquentes. Elles mettent surtout en exergue l'insatisfaction majeure que représentent les relations interpersonnelles, qui apparaissent comme un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative le handicap psychique, et ce de manière fréquente dans leur vie quotidienne. Cette étude souligne la complémentarité des mesures de fréquence et d'intensité pour investiguer le handicap psychique du point de vue subjectif et mieux cerner les difficultés dont les individus font réellement l'expérience au jour le jour.

En passant en revue les différentes études de la littérature concernant la qualité de vie des patients schizophrènes, nous avons constaté des différences considérables dans la méthodologie appliquée, rendant ainsi difficile l'établissement de comparaisons. Cependant, on peut conclure que la qualité de vie des patients schizophrènes se caractérise, en général, par les aspects suivants :

- Elle est pire que celle de la population générale et que celle des autres malades psychiatriques.
- Les jeunes, les femmes, les personnes mariées et les personnes peu scolarisées rapportent une meilleure qualité de vie.
- Plus la durée de la maladie est longue, plus la qualité de vie est mauvaise.
- La psychopathologie, en particulier les syndromes négatifs et dépressifs, est négativement corrélée à la qualité de vie.
- La diminution des effets secondaires et l'association d'un traitement psychopharmacologique et psychothérapeutique améliorent la qualité de vie.
- Les patients intégrés dans des programmes de soutien communautaire démontrent une meilleure qualité de vie que ceux qui sont institutionnalisés.

L'apparition d'antipsychotiques atypiques (aripiprazole, clozapine, olanzapine, quétiapine, rispéridone et ziprasidone) avec des profils thérapeutiques et d'effets secondaires différents a favorisé la poursuite des études et un plus grand intérêt pour l'évaluation de la qualité de vie des patients schizophrènes. Cependant, comme l'ont indiqué Corrigan et al, les conclusions sur ce sujet sont contradictoires ; à peu

près la moitié des études ont démontré que, par rapport aux antipsychotiques typiques, les antipsychotiques atypiques augmentent de manière significative la qualité de vie des patients présentant le spectre de la schizophrénie.(30)

Les antipsychotiques ont un large éventail d'effets indésirables qui peuvent affecter négativement la qualité de vie des patients schizophrènes et leur observance du traitement. Ritsner et al³⁶ ont analysé l'impact des effets secondaires du traitement antipsychotique sur la qualité de vie de 161 patients schizophrènes hospitalisés stabilisés sous antipsychotiques typiques et atypiques.(31) La qualité de vie a été mesurée à l'aide du QLES-Q (Quality of Life Enjoyment and Satisfaction Questionnaire). 39 patients présentant des événements indésirables ont signalé une satisfaction nettement inférieure à l'égard des sentiments subjectifs et des activités générales que les patients sans événements indésirables. Les effets secondaires ayant l'impact négatif le plus important étaient les troubles du sommeil, la fatigue, la tachycardie, les tremblements, les troubles sexuels, les maux de tête, la polyurie, les étourdissements, l'hypertension/hypotension, les mouvements dyskinétiques et la constipation/diarrhée. Étonnamment, les patients ne différaient pas significativement en termes de satisfaction à l'égard des médicaments. Aucune différence significative entre les antipsychotiques typiques et atypiques n'a été trouvée dans l'indice de qualité de vie et les domaines de vie spécifiques. De plus, aucune corrélation significative n'a été trouvée entre les doses quotidiennes ou la durée du traitement et la qualité de vie. L'analyse de régression multiple a montré que les effets secondaires indésirables ne représentaient que 3,2 % de la variance des évaluations de la qualité de vie, ce qui est nettement inférieur à d'autres paramètres cliniques et psychosociaux.

La qualité de vie est aujourd'hui considérée en psychiatrie clinique comme un résultat intermédiaire et distal, solidement consolidé et largement réclamé par les patients, les familles, les cliniciens et les institutions.

Ce résultat est influencé négativement par la présence de symptômes cliniques, en particulier négatifs et dépressifs. En ce sens, les interventions thérapeutiques sur toute la constellation de la symptomatologie schizophrène sont d'une grande valeur pour améliorer la qualité de vie des patients.

Bien que les antipsychotiques atypiques aient démontré un profil d'efficacité plus large et un meilleur schéma de tolérance que les antipsychotiques conventionnels, les résultats concernant leurs plus grands bénéfices dans l'amélioration de la qualité de vie des patients schizophrènes sont actuellement controversés.

L'impact des symptômes extrapyramidaux sur la qualité de vie des patients schizophrènes reste incertain.

Il a été démontré que d'autres effets secondaires, tels que la prise de poids et la dysfonction sexuelle, sont négativement associés à la qualité de vie.

Les patients atteints de la schizophrénie ont besoin d'être accompagné au début par quelqu'un surtout quand ils ne prennent pas encore les médicaments, cet accompagnement peut être la cause d'une consultation chez le psychiatre et de poser le diagnostic.

-Dans notre étude, sur le plan du repérage des capacités psychiques, les patients décrivent les difficultés cognitives qui peuvent freiner la mise en œuvre de projets pour les personnes atteintes de schizophrénie. Ils citent notamment en majorité les difficultés de contextualisation. Ils signalent aussi le fait d'être facilement distraits et difficilement capables de se concentrer sur une période prolongée (62%) La plupart des patients interrogés répondent à ces items et ajoutent que ces deux aspects sont particulièrement handicapants pour la reprise du travail. Par conséquence on se retrouve devant un mauvais score de qualité de vie du fait que le niveau socio-économique devient bas et ça pourrait correspondre à une forme de privation sociale, à d'avantage de stress, ou encore à une moindre stabilité et cohésion sociales.

Malgré ces difficultés dans notre étude, environ 38 % des patients restent tout à fait convaincus des capacités créatrices et du bon niveau de compréhension générale et ils se montrent positifs quant aux possibilités de devenir professionnel.

En tant que professionnels de santé on a constaté lors de notre étude que les personnes atteintes de schizophrénie n'ont pas bien conscience de leurs difficultés. L'idée qu'une personne souffrant de troubles schizophréniques puisse véritablement se réinsérer dans le milieu ordinaire reste difficile à imaginer(32). Plus qu'un problème de connaissance, ce sont les représentations collectives et les habitudes institutionnelles qui semblent ici agissantes. Centrés sur les troubles résiduels permanents et invalidants, ils mésestiment peut-être la personne et son ressenti, le poids de son implication et de son propre combat contre la maladie en vue d'un espoir de rétablissement(33).

Dans notre étude la satisfaction à l'égard du traitement antipsychotique a été estimé à 50.6%, Les scores totaux moyens sur l'échelle de la qualité de vie se sont détériorés pour ceux qui se plaignaient d'effets secondaires, tandis que pour les autres, avaient une qualité de vie moyennement bonne.

Nos résultats démontrent que le traitement antipsychotique, bien qu'il soit associé à des avantages cliniques, ne se traduit que par de petites améliorations de la qdv globale chez les personnes atteintes de schizophrénie chronique, les effets secondaires liés aux médicaments et les troubles du fonctionnement influencent

négativement le score de qdv. Des symptômes dépressifs étaient indicateurs aussi d'une moins bonne satisfaction à l'égard de la vie(34).

Ces résultats montrent que la santé et les relations personnelles sont les domaines les plus préoccupants pour les sujets souffrant de schizophrénie, que ce soit en termes d'intensité ou de fréquence dans la vie quotidienne. Enfin, les évènements qui concernent les finances et le logement préoccupent moins souvent les sujets souffrant de schizophrénie.

Nos résultats confirment et précisent les données de la littérature concernant la sévérité de l'handicap psychique dans la schizophrénie. Ce dernier intervient à plusieurs niveaux : au niveau du fonctionnement cognitif et affectif, au niveau du fonctionnement dans la communauté, et au niveau subjectif tel que le montrent les évaluations en vie quotidienne. Ainsi, les données obtenues en vie quotidienne placent la santé au premier rang des préoccupations les plus fréquentes. Elles mettent surtout en exergue l'insatisfaction majeure que représentent les relations interpersonnelles, qui apparaissent comme un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative le handicap psychique, et ce de manière fréquente dans leur vie quotidienne. Cette étude souligne la complémentarité des mesures de fréquence et d'intensité pour investiguer le handicap psychique du point de vue subjectif et mieux cerner les difficultés dont les individus font réellement l'expérience au jour le jour.

Le risque de suicide et la qualité de vie

Des études antérieures ont montré que les patients atteints de schizophrénie sont connus pour être à haut risque de suicide .Le taux de suicide chez les patients atteints de schizophrénie étant également un facteur prédictif d'un mauvais résultat fonctionnel [35]. Selon les données de la littérature, les comportements suicidaires survenaient typiquement quatre ans et demi après le premier épisode psychotique, avec une prévalence de 30,2 % à 34 % (36)(37), le risque de suicide est encore plus élevé quand le patient n'est pas satisfait de sa qualité de vie. Une qualité de vie basse dans une population qui est déjà à risque de suicide expose les schizophréniques à des dangers que les patients ayant une autre maladie n'en souffrent pas.

Comment améliorer la qualité de vie ?

Afin d'améliorer la qualité de vie, plusieurs modalités peuvent être suivies, par exemple la Thérapie assistée par la réalité virtuelle (TRV) a plusieurs cibles permettant d'améliorer le bien-être psychologique des patients tel que l'acceptation de soi, le développement de souhaits/objectifs et l'amélioration de l'autonomie. Plusieurs patients ont remarqué une capacité accrue à s'affirmer et une augmentation de leur estime de soi : « J'ai plus confiance en moi, je suis plus calme, je suis plus sereine, puis, je prends ma place. ».

Conjointement à une estime de soi accrue, certains patients ont amélioré leur relation avec eux-mêmes par une rétroaction positive. Apprendre à s'affirmer devant leur avatar leur a procuré un sentiment de soulagement et de libération interne : « La thérapie a été formidable pour moi. Ça a changé complètement ma vie, j'ai réussi à me libérer, à me pardonner, puis là ça va bien. ».

D'autres changements dans la gestion de soi ont aussi été notés, comme une capacité accrue à contrôler leurs émotions : « Parce que dans ce temps-là, j'étais obsédée par des pensées beaucoup plus anxieuses, j'avais de la misère à contrôler mes émotions davantage, maintenant c'est beaucoup mieux. »

Ce thème a désigné tous les changements dans les habitudes de vie quotidienne des patients. Cela a inclus, entre autres, l'hygiène de vie (par exemple : sommeil, alimentation, activité physique), qui semble plus saine chez les participants : « Je dors assez bien. Avant la thérapie, je ne dormais pas, je voyais du monde au bout de mon lit, qui me faisait du mal, qui allait me droguer puis me violer. »

Certains patients ont même réduit leur consommation de substances nuisibles (alcool, drogues, cigarette) à la suite de la TRV : « Je ne buvais plus, et mes cigarettes ont diminué à un paquet à peu près. ». Un autre patient, lorsque questionné sur ses habitudes de consommation d'alcool, a mentionné qu'il a passé de 4 à 5 bières par jour (avant la thérapie) à 1 ou 2 de temps en temps (actuellement).

Enfin, certains patients ont remarqué une modification dans leurs activités quotidiennes. La fréquence de certaines activités a augmenté : « J'ai commencé à sortir plus souvent, à faire plus d'activités avec mes parents, par moi-même aussi, surtout par moi-même. ». De plus, quelques patients ont incorporé de nouvelles activités dans leur vie de tous les jours : « Ce matin, je me suis levé bien de bonne heure, j'ai lavé mon appartement au complet de A à Z, ce n'est pas quelque chose que je fais d'habitude. Ça m'a donné du courage et aussi de l'énergie. Des sorties, tout seul, cinéma, restaurant, je ne faisais pas ça avant c'est une bonne chose à faire pour se désennuyer. »

La psychoéducation, interventions familiales, thérapie cognitivo-comportementale et réadaptation psychosociale (p. ex. formation en dynamique de la vie). L'aide à la vie autonome, le logement accompagné et l'emploi assisté sont des options de soins essentielles qui devraient être disponibles pour les personnes atteintes de schizophrénie. Une approche axée sur le rétablissement, c'est-à-dire donner aux

personnes le pouvoir de décider du traitement, est essentielle pour les personnes atteintes de schizophrénie ainsi que pour leurs familles et/ou soignants.

Conclusion

Notre étude nous a permis de constater que la qualité de vie des patients souffrant d'une schizophrénie menée au niveau du service de La Psychiatrie CHU TLEMCEM est modeste, et leurs relations sociales sont faibles. En général, leur qualité de vie est basse à moyenne.

Ainsi nous proposons quelques recommandations afin d'améliorer la qualité de vie des patients: la thérapie assistée par la réalité virtuelle, La psychoéducation, interventions familiales, thérapie cognitivo-comportementale et réadaptation psychosociale. Il est primordial d'établir des stratégies d'insertion socio-professionnelles gouvernementales, sensibiliser le corps médical ainsi que le grand public sur l'exclusion des schizophrènes de la force de travail de la société et d'encourager l'accompagnement psychologique du patient schizophrène par sa famille ou par des associations dans sa quête dans la poursuite de son éducation académique et son insertion socio-professionnelle

Références

- 1- Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, et al. Schizophrenia. Nat Rev Dis Primers. 2015;1:15067. doi: 10.1038/nrdp.2015.67
- 2- Galderisi S, Mucci A, Buchanan RW, Arango C. Negative symptoms of schizophrenia: new developments and unanswered research questions. Lancet Psychiatry. 2018;5:664–677. doi: 10.1016/S2215-0366(18)30050-6
- 3-Milev P, Ho BC, Arndt S, Andreasen NC. Predictive values of neurocognition and negative symptoms on functional outcome in schizophrenia: a longitudinal first-episode study with 7-year follow-up. Am J Psychiatry. 2005;162(3):495–506. doi: 10.1176/appi.ajp.162.3.495
- 4- Foussias G, Remington G. Negative symptoms in schizophrenia: avolition and Occam’s razor. Schizophr Bull. 2010;36(2):359–369. doi: 10.1093/schbul/sbn094
- 5- Carbon M, Correll CU. Thinking and acting beyond the positive: the role of the cognitive and negative symptoms in schizophrenia. CNS Spectr. 2014;19 Suppl 1:38–52;quiz 35–37, 53. doi: 10.1017/S1092852914000601
- 6-Lemperière T., Féline A., Adès J., Hardy P., Rouillon F. Psychiatrie de l’adulte. 2e édition. Paris : Masson ; 2006 : 555p.
- 7-Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale. Neurosciences, sciences cognitives, neurologie, psychiatrie. Mai 2014. [En ligne]. <http://www.inserm.fr/thematiques/neurosciences-sciences-cognitives-neurologiepsychiatrie/dossiers-d-information/schizophrenie>
- 8-Laursen TM, Nordentoft M, Mortensen PB. Excess early mortality in schizophrenia. Annual Review of Clinical Psychology, 2014;10, 425-438.

9- (Health Related Quality of Life) (Patrick et Ericsson, 1992)

10-(Leplège, 2001, p17)

11- LES MESURES DE LA QDV Leplège, A. & Coste, J. (2001). Mesure de la santé perceptuelle et de la qualité de vie : méthodes et applications. Paris, Editions ESTEM.

12-https://www.quatheda.ch/files/content/qualitaet_fr/quatheda-e/20160324_who_qol-bref_fr.pdf

13-(retenus par le rapport Stiglitz / utilisé en 2011 par l'INSEE)

14- Narvaez JM, Twamley EW, McKibbin CL, Heaton RK, Patterson TL. Subjective and objective quality of life in schizophrenia. *Schizophrenia research*. 2008;98(1-3):201-8. pmid:17919890

15- Group W. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social science & medicine*. 1995;41(10):1403-9.

16-Othman Z, Ghazali M, Razak AA, Husain M. Severity of tardive dyskinesia and negative symptoms are associated with poor quality of life in schizophrenia patients. *Int Med J*. 2013;20:677-80.

17- Trends Psychiatry Psychother. 40 (3) • Jul-Sep 2018 • Lara Manuela Guedes de Pinho Anabela Maria de Sousa Pereira Cláudia Margarida Correia Balula Chaves
<https://doi.org/10.1590/2237-6089-2017-0002>

18- *Psychol Med*. 2022 Jun;52(8):1501-1508. doi: 10.1017/S0033291720003311. Epub 2020 Sep 23.
The puzzle of quality of life in schizophrenia: putting the pieces together with

the FACE-SZ cohort (abstract)
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32962773/>

19-sciencedirect, La qualité de vie en schizophrénie, Volume 41, Issue 4, September 2015, Pages 373-378.
<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0013700615001232#pre-view-section-abstract>

20-Curr Health Sci J, vol. 44, no. 2, 2018 Social Functioning in Schizophrenia Clinical Correlations
M.M. DUTESCU(1), R.E. POPESCU(1), L. BALCU(1), L.C. DUICA(2), L.M. STRUNOIU(3), D.O. ALEXANDRU(4), M.C. PIRLOG(4)

21-Green MF, Kern RS, Braff DL, Mintz J. Neurocognitive deficits and functional outcome in schizophrenia: are we measuring the "right stuff"? Schizophr Bull. 2000;26:119–136.

22-American Psychiatric Association . Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4. Arlington VA US: American Psychiatric Publishing Inc; 1994. pp. 273–316

23-Burns T, Patrick D. Social functioning as an outcome measure in schizophrenia studies. Acta Psychiatr Scand. 2007;116:403–418

24-Juckel G, Morosini PL. The new approach: psychosocial functioning as a necessary outcome criterion for therapeutic success in schizophrenia. Curr Opin Psychiatry. 2008;21:630–639

25-Ventura J, Helleman GS, Thames AD, Koellner V, Nuechterlein KH. Symptoms as mediators of the relationship between neurocognition and functional outcome in schizophrenia: a meta-analysis. Schizophr Res. 2009;113:189–199

26-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996499001516>

27-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092099649900005R>

28-<https://www.sciencedirect.com/journal/lencephale>

29-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S092493389900173X>

30- <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0920996498001662>

31-<https://www.sciencedirect.com/journal/lencephale>

32-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385516000037>

33-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0014385512001247>

34-<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370008703057>

35- Schennach-Wolff R, Jäger M, Seemüller F, Obermeier M, Messer T, Laux G, Pfeiffer H, Naber D, Schmidt LG, Gaebel W, Huff W, Heuse I, Maier W, Lemke MR, Ruther E, Buchkremer G, Gastpar M, Moller HJ, Riedel M. Defining and predicting functional outcome in schizophrenia and schizophrenia spectrum disorders. *Schizophr Res.* 2009;113:210–217

36- Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA. Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. *Am J Psychiatry.* 1999;156(10):1590–1595

37-Harkavy-Friedman JM¹, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ. Suicidal behavior in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav.* 2004;34(1):66–76

