

Ministère de l'Éducation Nationale, de l'Enseignement
Supérieur et de la Recherche Scientifique

REPUBLIQUE DU MALI

Un Peuple-Un But-Une Foi



U.S.T.T-B



Université des Sciences des Techniques et des Technologies de Bamako

Faculté de Médecine et d'Odontostomatologie

FMOS

Année universitaire 2022- 2023

N° :..... /

MEMOIRE

**Impact de la Consommation de Substances Psychoactives sur l'Observance
Thérapeutique et la Qualité de vie des Personnes souffrant de
Schizophrénie au Service de Psychiatrie du CHU Point G**

Présentée et Soutenue publiquement le 29/ 03/2024 devant le jury de la Faculté de
Médecine et d'Odontostomatologie

Par :

M. Mahamadou KEITA

JURY

Président : **M. Arouna TOGORA, Professeur**

Membre : **M. Mahamadou KONE, Psychiatre**

Co-Directeur **M. Aperou dit Eloi DARA, Psychiatre**

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

DEDICACES

A ALLAH LE TOUT PUISSANT

Louange et gloire à Allah le tout puissant qui m'a permis de mener à bien ce travail et voir ce jour que j'attendais tant.

A notre prophète Mohamed.

Salut et paix sur lui, à toute sa famille, à tous ses compagnons, et à tous ceux qui le suivent jusqu' au jour du jugement dernier.

A FEU MON HOMONYME MAMADY SOUMANO

Vous qui avais cru à ma réussite à l'école, vous qui n'avez jamais fait de différence entre moi et tes enfants. Je suis aujourd'hui le fruit de votre réussite, repose en paix cher homonyme.

A MON PERE SEYDOU KEITA

Vous avez bien voulu me conduire sur le chemin de l'école et faire de moi ce que je suis aujourd'hui, nous remercions le bon Dieu de nous avoir donné le meilleur des pères qui puisse exister.

A MA MERE NIAMANKOLO CAMARA

Autant de phrases aussi expressives soient-elles ne sauraient montrer le degré d'amour et affection que j'éprouve pour vous.

Vous qui m'avez donné la vie, qui m'avez enseigné les règles de la tradition, qui me dis toujours que seul le courage, le travail, la patience et la détermination est la clé de la réussite.

Vous m'avez comblé avec tendresse et affection tout au long de mon parcours, vous n'avez cessé de me soutenir et de m'encourager durant toute ma vie, vous avez toujours été présente à mes côtés pour me consoler quand il fallait.

Que dieu vous donne longue vie.

A MON GRAND FRERE FODE SOUMANO

Toi qui as été comme un père pour moi, c'est grâce à toi si je suis là aujourd'hui ; je te remercie infiniment.

A MON EPOUSE SAFIATOU SANGARE

Ton amour, ton courage, ta sagesse ne m'ont jamais fait défaut. Que Dieu le Tout Puissant nous guide sur la route du bonheur et de la réussite. Que le chemin de la vie soit pour nous parsemer d'amour de compréhension et de longévité. Je t'assure de mon amour sincère et de toute ma reconnaissance.

A MES ENFANTS

AMINATA, ROKIATOU, NIAMA DITE RAMATOULAYE, ZAHARA, LES JUMEAUX ADAMA ET HAWA AINSI QU'ISMAILA c'est grâce à votre tendresse que j'ai pu continuer à me battre et être là aujourd'hui

A mes frères et sœurs, à mes cousins, à mes cousines, à tous les personnels du lycée KANKOU MOUSSA de DAOUDABOUGOU, de l'école fondamentale BABOU DIONI I, B, de l'école de l'amitié de LAFIABOUGOU de SAN, du groupe scolaire I de SOGONIKO.

Ames amis ; je vous remercie pour vos encouragements et vos soutiens qui ne m'ont jamais fait défaut.

REMERCIEMENTS

Mes premiers remerciements s'adressent à l'encadrement (PROFESSEUR SOULEYMANE DIT PAPA COULIBALY et son équipe) qui a eu confiance en moi et a rendu possible ce travail. Je suis parvenu à cette étape parce que vous avez su guider mes pas.

Je souhaite remercier le **docteur DARA ELOI DIT APEROU** et le docteur **KONE MAHAMADOU** de m'avoir encadré et orienté dans l'élaboration de ce travail. Merci pour votre aide précieuse qui a permis d'enrichir ce travail. Merci pour votre disponibilité, votre patience dans la réalisation de ce travail.

Au personnel du service de psychiatrie du CHU Point G, Professeurs, Médecins psychiatres, DES, Infirmiers, TS, Agents de sécurité, merci pour votre accompagnement, disponibilité et orientation pendant tout notre séjour.

A tous les patients, puisse le Seigneur vous accorde santé, vous avez contribué à faire de moi un meilleur médecin.

A tous les personnels du centre de santé de référence de la commune III notamment **DR Hawa THIAM** et à l'ensemble du personnel de la maison d'arrêt centrale de **Bamako** particulièrement au **Régisseur Adama GUINDO** merci infiniment pour vos soutiens sans faille , vos conseils précieux ce travail est le vôtre.

A mes parents : Merci pour toutes ces belles valeurs que vous m'avez apportées et qui m'ont permis d'être qui je suis aujourd'hui

A mes camarades de promotion : **ISSIAKA TRAORE, TENIN SINAYOKO** ; vous méritez d'être côtoyer.

SIGLES ET ABREVIATIONS

D E S : Diplôme D'étude Spécialisée

F M O S : Faculté de Médecine et D'odontostomatologie

S P A : Substance psychoactive

C H U : Centre hospitalier universitaire

I N F S S : Institut national de formation en science de la santé

**D S M -5 : Manuel diagnostique et statistique des troubles médicaux
cinquième Edition**

M A R S : Medication adherence rating scale

M A Q : medication adherence questionnaire

LISTE DES TABLEAUX

Tableau I : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le sexe et la consommation de SPA au cours de la vie	20
Tableau II : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la classe d'âge et la consommation de SPA au cours de la vie	20
Tableau III : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la résidence et la consommation de SPA au cours de la vie.....	21
Tableau IV : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le niveau scolaire et la consommation de SPA au cours de la vie	22
Tableau V : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon leur qualité de vie globale	23
Tableau VI : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon les dimensions de la qualité de vie.....	24
Tableau VII : Impact de la consommation de SPA sur l'observance thérapeutique des patients atteints de schizophrénie	24
Tableau VIII : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie globale autodéclarée des patients atteints de schizophrénie.....	25
Tableau IX : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie physique des patients atteints de schizophrénie	26
Tableau X : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie psychologique des patients atteints de schizophrénie.....	26
Tableau XI : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie relationnelle des patients atteints de schizophrénie	27
Tableau XII : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie environnementale des patients atteints de schizophrénie	27

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Diagramme de flux.....	19
Figure 2 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le statut matrimonial et la consommation de SPA au cours de la vie.....	21
Figure 3 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la situation professionnelle et la consommation de SPA au cours de la vie.....	22
Figure 4 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon leur observance au traitement	23

SOMMAIRE

INTRODUCTION	1
OBJECTIFS	3
Objectif général	3
Objectifs spécifiques	3
I. GENERALITE	4
1.1. Schizophrénie : Aperçu clinique, épidémiologique et thérapeutique ...	4
1.2. Consommation de SPA et Schizophrénie	11
II. MATERIELS ET METHODE	13
2.1.Cadre d'étude	13
2.2.Type et période d'étude	16
2.3.Population d'étude.....	16
2.4.Echantillonnage	16
2.5.Technique de collecte des données	16
2.6.Variables d'étude et Outils de collecte.....	16
2.7.Analyse de données	18
2.8.Considérations éthiques	18
III. RESULTATS	19
3.1.Données sociodémographiques.....	20
3.2.Données relatives à l'observance thérapeutique et à la qualité de vie des patients	23
3.3.Résultats analytiques	24
IV. COMMENTAIRES ET DISCUSSION	28
CONCLUSION	35
RECOMMANDATIONS	36
REFERENCES	38
ANNEXES	44

INTRODUCTION

La schizophrénie est un trouble psychiatrique chronique caractérisé par des altérations dans la perception de la réalité, les émotions, les pensées et les comportements [1]. Au niveau mondial, elle affecte des millions de personnes et constitue l'une des principales causes d'invalidité [1]. En raison de sa nature complexe et de ses symptômes variés, la schizophrénie nécessite une prise en charge pluridisciplinaire et continue, notamment à travers la prescription de médicaments antipsychotiques et d'interventions psychothérapeutiques [2,3].

Cependant, un défi majeur dans le traitement de la schizophrénie réside dans l'observance thérapeutique des patients, c'est-à-dire leur capacité à suivre régulièrement et correctement leur traitement prescrit [4]. L'observance thérapeutique et le bien être des patients peuvent être compromis par divers facteurs, notamment les effets secondaires des médicaments, les croyances personnelles, les troubles cognitifs et, de manière significative, la consommation de substances psychoactives (SPA) [5–8].

De nombreuses études ont examiné l'impact de la consommation de substances psychoactives chez les patients schizophrènes, mais les résultats sont souvent contradictoires et les conclusions parfois limitées [9–11]. Certaines recherches suggèrent que la consommation de substances psychoactives peut aggraver les symptômes de la schizophrénie et compromettre l'efficacité du traitement, tandis que d'autres études soulignent les mécanismes neurobiologiques complexes qui sous-tendent cette interaction [12,13].

Malgré les progrès réalisés dans la compréhension de la schizophrénie et de la consommation de substances psychoactives, il existe encore de nombreuses lacunes dans la littérature scientifique. Peu d'études se sont spécifiquement penchées sur la population du service de psychiatrie du CHU Point G et sur les défis uniques auxquels elle est confrontée. Il est donc impératif de combler ces lacunes pour améliorer la prise en charge des patients et optimiser leur qualité de vie.

Le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) Point G, principale structure de prise en charge des troubles mentaux au Mali, fait face à une prévalence élevée de schizophrénie parmi sa population de patients [14]. Au sein de ce service, les professionnels de santé travaillent activement pour fournir des soins adaptés et efficaces aux personnes souffrant de cette pathologie.

Cependant, malgré les efforts déployés, il est observé que la consommation de substances psychoactives par les patients schizophrènes est fréquente [14,15] et peut entraîner des conséquences néfastes sur leur santé mentale et physique, ainsi que sur leur observance thérapeutique. Cette réalité soulève des questions importantes quant à l'efficacité des stratégies actuelles de prise en charge et à l'optimisation des résultats thérapeutiques pour cette population vulnérable.

Ainsi, cette étude vise à explorer l'impact de la consommation de substances psychoactives sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G. En identifiant les facteurs qui influent sur l'observance thérapeutique et en comprenant les interactions complexes entre la schizophrénie, la consommation de substances et la qualité de vie, cette recherche vise à fournir des données pertinentes pour informer les pratiques cliniques et améliorer les résultats de traitement pour ces patients.

En outre, cette étude contribuera à combler les lacunes dans la littérature scientifique concernant l'impact spécifique de la consommation de substances psychoactives chez les patients schizophrènes dans le contexte spécifique du CHU Point G. Les résultats obtenus pourraient éclairer le développement de stratégies de prise en charge plus efficaces, ainsi que la mise en place de programmes de sensibilisation et d'intervention précoce visant à réduire la consommation de substances et à améliorer la qualité de vie de cette population particulièrement vulnérable.

OBJECTIFS

Objectif général

Evaluer l'impact de la consommation de substances psychoactives sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G.

Objectifs spécifiques

1. Déterminer la fréquence de l'expérimentation et de la consommation actuelle de SPA chez les personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G ;
2. Mesurer la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G ;
3. Mesurer l'observance thérapeutique des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G ;
4. Identifier l'impact de la consommation de substances psychoactives sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G.

I. GENERALITE

1.1. Schizophrénie : Aperçu clinique, épidémiologique et thérapeutique

1.1.1. Clinique

La schizophrénie est un trouble mental sévère et chronique qui altère profondément la pensée, les émotions et le comportement d'une personne. Cette maladie psychiatrique complexe peut entraîner une perception déformée de la réalité, affectant ainsi la capacité de la personne à fonctionner normalement dans la vie quotidienne [16]. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent présenter une grande variété de symptômes, qui sont souvent regroupés en trois catégories principales (symptômes positifs, symptômes négatifs, désorganisation) [17].

1.1.1.1. Symptômes positifs [17]

Les symptômes "positifs" de la schizophrénie se réfèrent à des manifestations psychiques et comportementales habituellement non présentes chez une personne.

- **Hallucinations**

Les hallucinations, caractéristiques des symptômes positifs de la schizophrénie, consistent en des perceptions en l'absence d'objet à percevoir dans la réalité. Elles sont fréquemment auditives (60 à 80 % des cas) mais peuvent également être visuelles, tactiles ou olfactives, bien que moins courantes. Les hallucinations auditives peuvent se manifester de différentes manières, y compris sous forme de voix, avec des intensités et des distances variables. Elles peuvent être intrapsychiques, semblant émaner de l'esprit du sujet, ou sensorielles, semblant provenir de l'environnement extérieur. Les voix peuvent avoir des contenus variés, allant de neutres à menaçants ou obscènes envers le sujet, et peuvent être attribuées à des persécuteurs identifiables ou non. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être réticentes à parler de ces expériences intimes, bien que parfois elles les évoquent spontanément.

- **Idées délirantes**

Les croyances erronées, perçues comme des vérités malgré les preuves contraires ou l'opinion générale, sont une caractéristique notable de la schizophrénie. La psychiatrie classique a décrit ce phénomène sous le terme de "délire paranoïde". Ce délire trouve son origine et se développe à travers une variété de mécanismes, incluant les hallucinations, mais aussi l'interprétation, l'intuition et l'imagination. Les thèmes du délire peuvent être divers et variés, se mêlant et s'alternant de manière parfois logique, parfois confuse et scénique, rappelant parfois un rêve et parfois un récit plus structuré. La diversité des thèmes associés aux délires peut sembler infinie, mais elle reflète souvent les tensions et les déséquilibres entre le sujet et le monde qui l'entoure. Certains thèmes expriment un sentiment d'expansion du Moi dans la réalité objective, sociale et psychique, incluant des idées de grandeur, d'énormité, de transformation corporelle, ou encore des expériences mystiques. D'autres thèmes, au contraire, reflètent un mouvement de rétraction du Moi vis-à-vis de ces mêmes réalités, avec des notions de négation, d'hypocondrie, de référence, d'influence, de persécution, et autres.

1.1.1.2. Désorganisation [18]

La désorganisation se caractérise par la perte de cohérence psychique entre les processus cognitifs, affectifs et comportementaux.

- **Cognition**

- **Altérations du cours de la pensée**

L'altération du cours de la pensée se manifeste par un discours difficile à suivre (elliptique, dépourvu d'une idée directrice claire) et des propos décousus, parfois même incompréhensibles. Les phrases manquent de clarté, le discours semble hermétique et la pensée reste difficile à pénétrer. On observe également des barrages (interruptions brusques du discours en plein milieu d'une phrase, suivies de silences plus ou moins prolongés) et un fading (ralentissement du discours et diminution du volume sonore).

➤ **Altérations du système logique ou illogisme**

La pensée du patient désorganisé ne suit pas les principes logiques communément admis, ce qui peut se traduire par diverses manifestations telles que l'ambivalence (coexistence de deux sentiments opposés envers un même objet), le rationalisme morbide (raisonnements incompréhensibles basés sur des arguments déconnectés de la réalité) et le raisonnement paralogique (s'appuyant sur des intuitions, des associations d'idées ou des analogies). On observe également une altération des capacités d'abstraction, illustrée par une interprétation littérale des expressions figurées, comme demander la signification de proverbes.

➤ **Altérations du langage**

Le débit verbal du patient peut varier considérablement, allant d'une lenteur extrême à une rapidité excessive, parfois accompagnée de bégaiements intermittents. On peut également observer des maniérismes caractérisés par l'utilisation d'un vocabulaire sophistiqué et inhabituel.

La forme du langage peut aussi être altérée, avec l'apparition de néologismes (nouveaux mots) ou de paralogismes (nouvelles interprétations données à des mots existants ou déformations de mots). Dans les cas les plus graves, le patient peut développer un langage totalement incompréhensible, qualifié de jargonophasie ou schizophasie.

• **Affects**

Nous observons principalement le phénomène de l'ambivalence affective ou de la discordance idéo-affective, caractérisé par la présence simultanée de sentiments et d'émotions contradictoires. Cette ambivalence se manifeste également à travers des expressions affectives inappropriées aux situations, telles que des sourires inappropriés ou des rires sans motif, illustrant le désaccord entre le discours et les émotions exprimées.

- **Comportement**

La désorganisation comportementale se caractérise par un manque de coordination entre les différentes parties du corps, ainsi qu'entre les pensées et les actions. On observe :

- Des gestes maniéristes : une coordination médiocre des mouvements ;
- Des parakinésies : des décharges motrices imprévisibles, des paramimies (mimiques altérant l'expression du visage).

1.1.1.3. Symptômes négatifs

Les symptômes "négatifs" de la schizophrénie impliquent une diminution ou une absence des fonctions psychiques, émotionnelles ou comportementales considérées comme normales. Ils sont présents chez la plupart des individus diagnostiqués, persistent souvent plus longtemps que les symptômes positifs et limitent les capacités fonctionnelles des personnes affectées [17].

Sur le plan affectif, on observe un émoussement des affects où les émotions semblent atténuées et ne réagissent pas aux événements extérieurs. Cela se manifeste par une absence d'expressions émotionnelles sur le visage et dans l'intonation de la voix. Physiquement, le regard semble fixe, le corps apparaît rigide et les sourires sont rares. Dans l'ensemble, cette présentation donne une impression de froideur, de détachement et d'indifférence à l'interlocuteur. Une anhédonie, caractérisée par une perte de la capacité à ressentir du plaisir, peut également être présente [18].

Sur le plan cognitif, la pauvreté du discours, également appelée alogie, se manifeste par des difficultés à converser, avec des réponses succinctes et évasives [17,18].

Sur le plan comportemental, l'apragmatisme se traduit par une incapacité à initier et à planifier des actions. Dans les cas les plus graves, le patient peut rester inactif en permanence, négligeant même son hygiène personnelle. L'aboulie se caractérise par une incapacité à mettre en œuvre et à maintenir une action, marquée par une diminution de la motivation. Dans le syndrome négatif de la schizophrénie, l'aboulie et l'apragmatisme

peuvent conduire à une vie relationnelle pauvre, sans recherche de contact, ainsi qu'à une perte d'intérêt pour les interactions sociales ou à un retrait social [16].

1.1.1.4. Evolution et pronostic

L'évolution et le pronostic de la schizophrénie peuvent varier considérablement d'une personne à l'autre, en fonction de divers facteurs, notamment la précocité du diagnostic, la sévérité des symptômes, la réponse au traitement et le soutien social disponible. Voici quelques éléments clés concernant l'évolution et le pronostic de la schizophrénie [19–21] :

- **Trajectoire de la maladie :** La schizophrénie est souvent une maladie chronique qui évolue par poussées et rémissions. Les symptômes peuvent être plus aigus lors des poussées de la maladie, suivies de périodes de rémission où les symptômes peuvent être moins sévères.
- **Réponse au traitement :** La réponse au traitement varie d'une personne à l'autre. Certaines personnes atteintes de schizophrénie répondent bien aux médicaments antipsychotiques et aux thérapies psychosociales, ce qui leur permet de mener une vie relativement normale. Cependant, d'autres peuvent rencontrer des difficultés à contrôler leurs symptômes malgré un traitement adéquat.
- **Pronostic fonctionnel :** Le pronostic fonctionnel de la schizophrénie est également variable. Certaines personnes peuvent maintenir un niveau élevé de fonctionnement social, professionnel et personnel, tandis que d'autres peuvent avoir du mal à maintenir leur autonomie et leur qualité de vie.
- **Facteurs de risque :** Certains facteurs peuvent influencer le pronostic de la schizophrénie, notamment les antécédents familiaux de la maladie, la précocité des premiers symptômes, la gravité des symptômes initiaux, la présence de comorbidités psychiatriques ou médicales, et le soutien social disponible.
- **Interventions précoces :** Les interventions précoces, y compris le traitement médicamenteux et les thérapies psychosociales dès les premiers signes de la

maladie, peuvent contribuer à améliorer le pronostic à long terme en aidant à stabiliser les symptômes et à prévenir les rechutes.

1.1.2. Épidémiologie

L'épidémiologie de la schizophrénie est un domaine complexe qui étudie la distribution, les causes et les facteurs de risque de cette maladie mentale. Voici un aperçu des principaux aspects de l'épidémiologie de la schizophrénie :

- **Prévalence**

La schizophrénie est l'un des troubles mentaux les plus invalidants et les plus répandus dans le monde. Sa prévalence varie d'un pays à l'autre, mais en moyenne, elle touche environ 1 % de la population mondiale [22].

- **Distribution démographique**

La schizophrénie peut affecter les individus de tous âges, races, ethnies et cultures, bien qu'elle survienne généralement chez les jeunes adultes, souvent entre l'adolescence et le début de la trentaine [23].

- **Sexe**

Les études épidémiologiques indiquent généralement que la schizophrénie affecte les deux sexes, mais certains rapports suggèrent qu'elle survient légèrement plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes [18,22,24].

- **Facteurs de risque**

Plusieurs facteurs de risque ont été identifiés pour la schizophrénie, notamment les antécédents familiaux de la maladie, les facteurs génétiques, les complications obstétricales à la naissance, les expériences traumatisantes précoces, la consommation de substances psychoactives et les environnements sociaux défavorisés [22,25–27].

- **Comorbidités**

La schizophrénie est souvent associée à d'autres troubles mentaux, notamment la dépression, les troubles anxieux, les troubles de la personnalité et les abus de substances [28–30].

- **Impact économique et social**

La schizophrénie a un impact significatif sur la qualité de vie des personnes atteintes, ainsi que sur leurs familles, leurs soignants et la société dans son ensemble. Les coûts économiques et sociaux associés à la schizophrénie comprennent les coûts directs des soins de santé, les coûts indirects liés à la perte de productivité, ainsi que les défis sociaux et émotionnels auxquels sont confrontés les patients et leurs proches [31].

1.1.3. Traitement

Le traitement de la schizophrénie repose généralement sur une approche multimodale qui combine des médicaments antipsychotiques, des interventions psychosociales et un soutien continu. Les principaux aspects du traitement de la schizophrénie sont les suivants [17,18,32] :

- **Médicaments antipsychotiques**

Les antipsychotiques, également appelés neuroleptiques, sont le pilier du traitement pharmacologique de la schizophrénie. Ils agissent en bloquant les récepteurs de la dopamine dans le cerveau, ce qui aide à réduire les symptômes psychotiques tels que les hallucinations, les délires et les pensées désorganisées. Il existe deux types d'antipsychotiques : les antipsychotiques typiques et les antipsychotiques atypiques. Les antipsychotiques atypiques sont généralement préférés en raison de leur meilleure tolérance et de leur profil d'effets secondaires plus favorable.

- **Interventions psychosociales**

Les interventions psychosociales sont essentielles pour aider les personnes atteintes de schizophrénie à gérer leur maladie, à améliorer leur fonctionnement social et

professionnel, et à favoriser leur réintégration dans la communauté. Ces interventions comprennent la thérapie cognitivo-comportementale, la formation aux compétences sociales, le soutien à l'emploi et le logement supervisé.

- **Soutien familial et éducation**

Le soutien familial et l'éducation sont également importants dans le traitement de la schizophrénie. Les membres de la famille peuvent jouer un rôle crucial en fournissant un soutien émotionnel, en aidant à surveiller les symptômes et les effets secondaires des médicaments, et en encourageant la conformité au traitement.

- **Surveillance médicale régulière**

Les personnes atteintes de schizophrénie nécessitent une surveillance médicale régulière pour évaluer l'efficacité du traitement, surveiller les effets secondaires des médicaments et ajuster le plan de traitement en conséquence. Les visites régulières chez le médecin, le psychiatre ou le thérapeute sont donc essentielles.

- **Programmes de réadaptation**

Les programmes de réadaptation visent à aider les personnes atteintes de schizophrénie à acquérir les compétences nécessaires pour vivre de manière indépendante, à trouver un emploi et à participer à des activités communautaires.

1.2. Consommation de SPA et Schizophrénie

La relation entre la consommation de substances psychoactives et la schizophrénie est complexe et multifactorielle. Voici quelques points clés à considérer :

- **Corrélation et causalité**

Il existe une corrélation entre la consommation de substances psychoactives et le développement de la schizophrénie. Les personnes atteintes de schizophrénie ont tendance à avoir un risque plus élevé de consommer des substances psychoactives, telles que la marijuana, la cocaïne, les amphétamines ou les hallucinogènes. Cependant, la nature exacte de cette relation reste sujette à débat et il n'est pas clairement établi si la

consommation de substances psychoactives précède le développement de la schizophrénie ou si elle est un symptôme ou une conséquence de la maladie [22,33,34].

- **Facteurs de risque partagés**

Certains facteurs de risque, tels que les antécédents familiaux de troubles psychiatriques, les traumatismes précoces, les difficultés sociales et environnementales, peuvent contribuer à la fois à la consommation de substances psychoactives et au développement de la schizophrénie. Ces facteurs peuvent créer un terrain propice à la fois à la vulnérabilité à la schizophrénie et à l'usage de substances psychoactives [22].

- **Effets sur les symptômes**

La consommation de substances psychoactives peut aggraver les symptômes de la schizophrénie et rendre le traitement de la maladie plus difficile. Les substances psychoactives peuvent déclencher des épisodes psychotiques, augmenter l'anxiété et l'agitation, altérer le jugement et la perception, et interférer avec la réponse au traitement médicamenteux [35,36].

- **Interactions pharmacologiques**

Certains médicaments utilisés pour traiter la schizophrénie peuvent interagir avec les substances psychoactives et entraîner des effets indésirables ou une diminution de leur efficacité. Il est donc essentiel que les personnes atteintes de schizophrénie évitent la consommation de substances psychoactives non prescrites et communiquent ouvertement avec leur médecin ou leur psychiatre au sujet de leur consommation de substances [37].

II. MATERIELS ET METHODE

2.1. Cadre d'étude

L'étude a été conduite au sein du service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Point G. Ce service bénéficie d'une équipe pluridisciplinaire hautement spécialisée dans la prise en charge des troubles psychiatriques, incluant la schizophrénie et les affections liées à la consommation de substances psychoactives. Ainsi, le cadre offert par ce service s'avère particulièrement propice à la réalisation de cette étude.

- **Infrastructures et aménagement**

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 quarante-quatre (44) 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 dix

(10) 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 pouvant accueillir un malade et son accompagnant.
- 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-physiologie.

• **Équipe Médicale et Paramédicale**

Le personnel est composé de :

- Un (1) Psychologue clinicien, Professeur Titulaire des Universités
- Sept (7) Psychiatres Praticiens hospitaliers dont trois (3) chargés de recherche et un (1) Maître de conférences
- Huit (8) Infirmiers spécialisés en psychiatrie
- Deux (2) Techniciens de Santé
- Un (1) Aide-soignant
- Un (1) Auxiliaire de santé
- Une (1) Assistante sociale
- Trois (3) Garçons de salle
- Les étudiants en DES
- Des étudiants stagiaires en médecine, des étudiants des différentes écoles de santé et de l'INFSS (Institut National de Formation en Sciences de la Santé) et les stagiaires psychologues.
- Un groupe d'animateurs en art dramatique (6 personnes), contractuel, vient tous les Vendredi à partir de 8 heures pour des représentations artistiques du « Kotèba » thérapeutique.

- **Le Fonctionnement du service de psychiatrie**

Le service fonctionne sur le mode de « psychiatrie de type communautaire » associant la famille. Il est divisé en quatre(4) unités de soins, un secrétariat, une unité de psychologie médicale . Chaque unité de soins est dirigée par un médecin et un assistant médical. Les activités qui y sont menées sont :

- Des activités de soins (consultations et hospitalisations) ;
- Des activités de formation ;
- Des activités de recherche en santé mentale.

Les consultations ont lieu tous les lundis, mardis et mercredis de 7H30 à 16H00 par des médecins psychiatres. Des lignes de consultations supplémentaires en pédopsychiatrie, gérontopsychiatrie, psycho-traumatologie et d'addictologie sont ouvertes dans le service.

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 garçon de salle et d'un agent de sécurité. Une visite hebdomadaire (tous les jeudis) aux malades, est effectuée par l'ensemble du personnel médical et paramédical.

Le « Kotèba » thérapeutique : il s'agit d'une technique d'animation traditionnelle utilisée dans le service à des fins thérapeutiques à l'image du psychodrame de MORENO. Chaque vendredi, un groupe d'animateurs sous la supervision du psychologue, anime le « Kotèba » thérapie. La séance est ouverte au public.

La séance fermée ou « Kotèba » séance intime est organisé avec un seul malade, ses parents et le psychologue.

Les cases d'hospitalisation sont réparties en quatre unités, chacune dirigée par un médecin chef d'unité assisté d'un infirmier spécialisé en santé mentale, major d'unité. Chaque unité a son jour de visite. L'hospitalisation est décidée par un médecin après une consultation approfondie qui est notée sur un dossier et le malade est ensuite confié au major de l'unité.

2.2. Type et période d'étude

Il s'agissait d'une étude transversale à recrutement prospectif sur une période d'un (1) an, allant du mois d'octobre 2022 au mois d'octobre 2023.

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

Nous avons réalisé un échantillonnage exhaustif en enregistrant tous les patients atteints de schizophrénie, présents dans le service de psychiatrie du CHU Point G pendant la période d'étude et répondant aux critères d'inclusion.

2.5. Technique de collecte des données

Les données ont été collectées en utilisant un questionnaire anonyme, structuré et administré par un tiers, via une application de collecte électronique (KoboToolbox).

2.6. Variables d'étude et Outils de collecte

Le questionnaire utilisé pour la collecte était structuré en quatre (4) sections englobant les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, profession, statut

matrimonial, résidence, niveau scolaire), les informations relatives à la consommation de SPA (expérimentation, consommation actuelle, type de SPA), ainsi que des évaluations sur la qualité de vie et l'observance thérapeutique.

La consommation de SPA (variable explicative) était déclarée par les participants de manière qualitative binaire (oui/non). L'expérimentation a été définie comme la consommation d'une SPA au moins une fois au cours de la vie. La consommation actuelle a été définie comme l'usage d'une SPA au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête.

La qualité de vie (variable dépendante) 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 deux (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'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). La MARS est une échelle comportant 10 items auxquels les sujets répondent Par oui/non. 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. 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). Un score général inférieur à 6 détermine les patients non observants.

2.7. Analyse de données

Après la collecte des données sur la plate-forme KoboToolbox, celles-ci ont été transférées 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 de khi2 ou celui de Fisher exact ont été utilisés 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 a été obtenu de tous les participants. Les données de l'étude ont été traitées de manière anonyme, de sorte qu'aucune information contenue dans les questionnaires ne permet de relier les réponses à l'identité des participant

III. RESULTATS

Pendant la période d'enquête, nous avons recensé 126 patients atteints de schizophrénie. Parmi eux, 66 (soit 52,4%) ont déjà expérimenté une SPA tandis que 25 (soit 19,8%) ont déclaré en avoir consommé une au cours des 30 derniers jours. Les SPA utilisées au cours de la vie étaient la cigarette (41,3%), le cannabis (31,7%), l'alcool (7,9%), le tramadol (7,1%), la cocaïne (1,6%) et l'héroïne (1,6%).

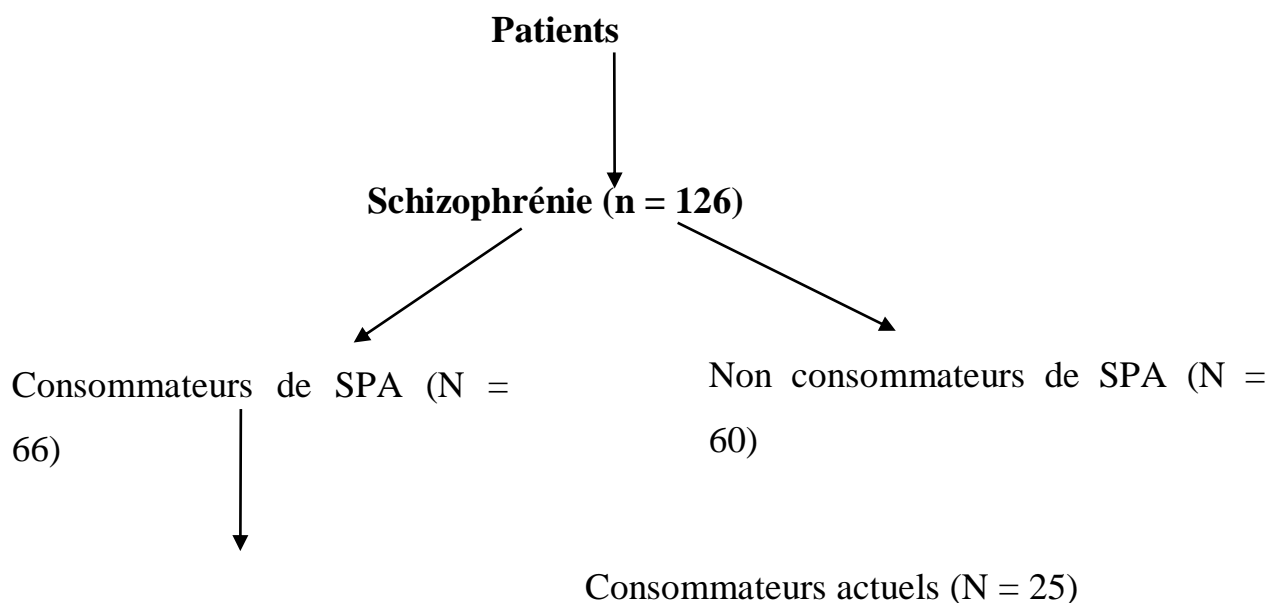


Figure 1 : Diagramme de flux

3.1. Données sociodémographiques

Tableau I : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le sexe et la consommation de SPA au cours de la vie

Sexe	Consommateurs	Non consommateurs	Global N(%)
	N(%)	N(%)	
Masculin	66(100,0)	45(75,0)	111(88,1)
féminin	0(0,0)	15(25,0)	15(11,9)
Total	66(100,0)	60(100,0)	126(100,0)

Parmi les patients enquêtés, 88,1% étaient des hommes, et parmi ceux ayant déjà consommé une SPA, la totalité, soit 100,0%, étaient des hommes.

Tableau II : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la tranche d'âge et la consommation de SPA au cours de la vie

Tranche d'âge (ans)	Consommateurs	Non consommateurs	Global N(%)
	N(%)	N(%)	
18-25 ans	16(24,2)	6(10,0)	22(17,5)
26-32 ans	27(40,9)	25(41,7)	52(41,3)
33-39 ans	11(16,7)	16(26,7)	27(21,4)
40-46 ans	5(7,6)	8(13,3)	13(10,3)
47-53 ans	6(9,1)	4(6,7)	10(7,9)
54 et plus	1(1,5)	1(1,7)	2(1,6)
Total	66(100,0)	60(100,0)	126(100,0)

Parmi les patients enquêtés, 41,3% appartenait à la tranche d'âge de 26-32 ans.

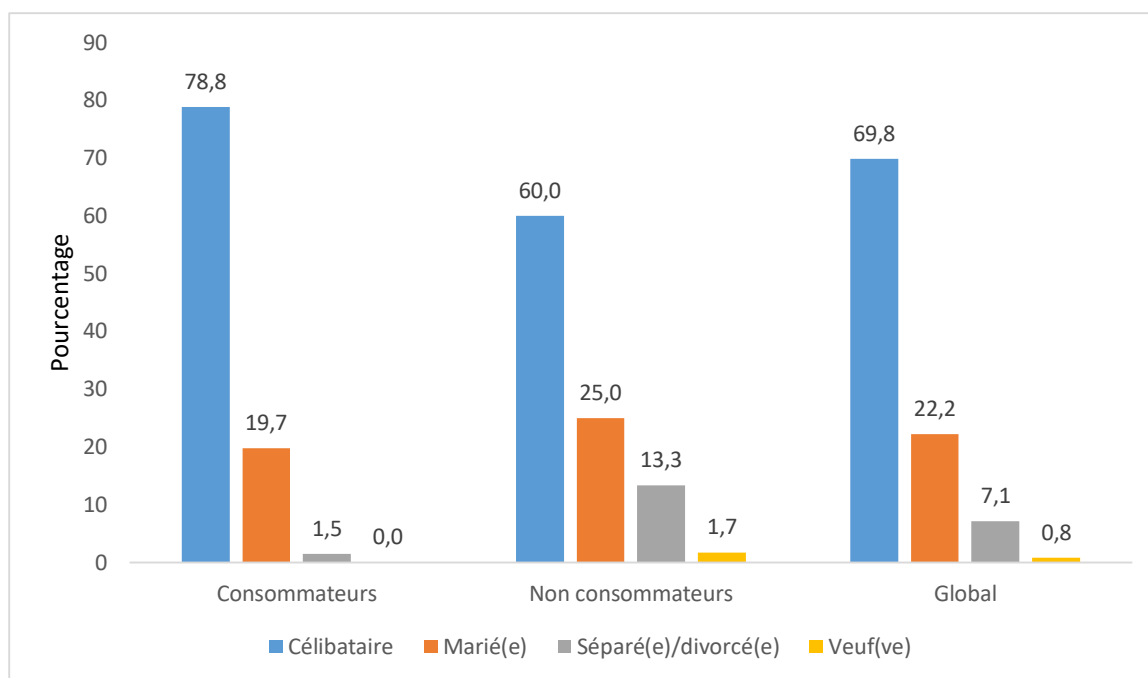


Figure 2 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le statut matrimonial et la consommation de SPA au cours de la vie

Parmi les patients enquêtés, 69,8% (88/126) étaient célibataires.

Tableau III : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la résidence et la consommation de SPA au cours de la vie

Résidence	Consommateurs	Non consommateurs	Global N(%)
	N(%)	N(%)	
Bamako	40(60,6)	42(70,0)	82(65,1)
Hors Bamako	26(39,4)	18(30,0)	44(34,9)
Total	66(100,0)	60(100,0)	126(100,0)

Parmi les patients enquêtés, 34,9% résidaient hors de Bamako.

Tableau IV : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon le niveau scolaire et la consommation de SPA au cours de la vie

Niveau scolaire	Consommateurs	Non consommateurs	Global N(%)
	N(%)	N(%)	
Non scolarisé(e)	14(21,2)	19(31,7)	33(26,2)
Primaire	25(37,9)	21(35,0)	46(36,5)
Secondaire	20(30,3)	10(16,7)	30(23,8)
Supérieur	7(10,6)	10(16,7)	17(13,5)
Total	66(100,0)	60(100,0)	126(100,0)

Parmi les patients enquêtés, 36,5% avaient un niveau primaire.

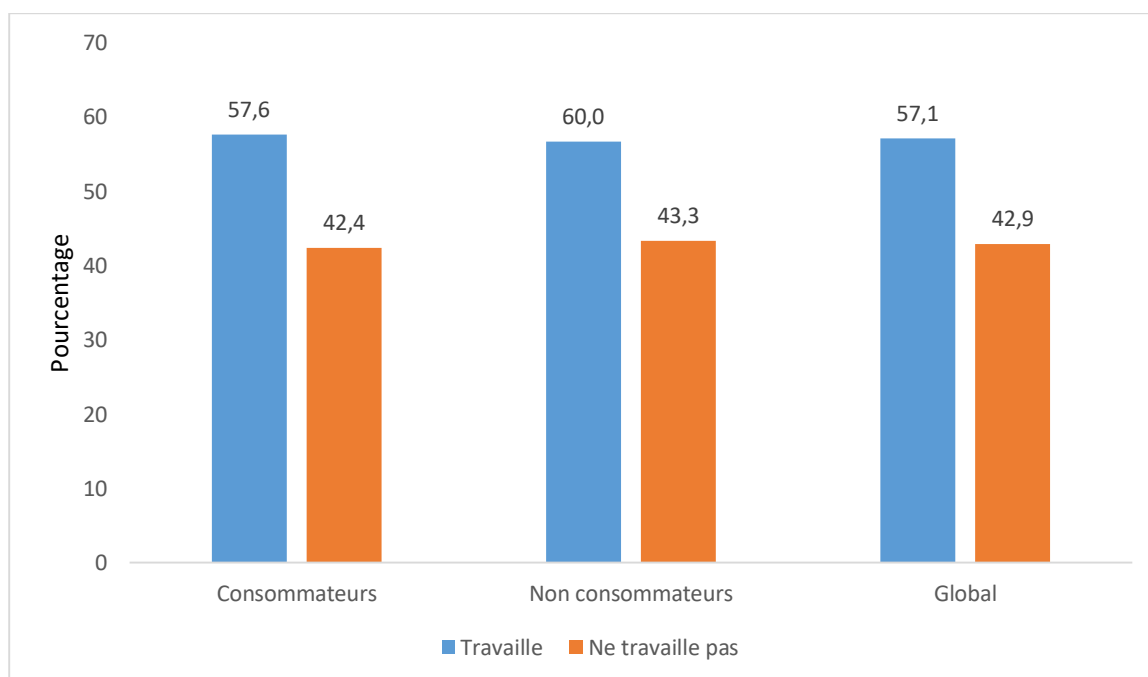


Figure 3 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon la situation professionnelle et la consommation de SPA au cours de la vie

Parmi les patients enquêtés, 42,9% (54/126) ne travaillaient pas au moment de l'enquête.

3.2. Données relatives à l’observance thérapeutique et à la qualité de vie des patients

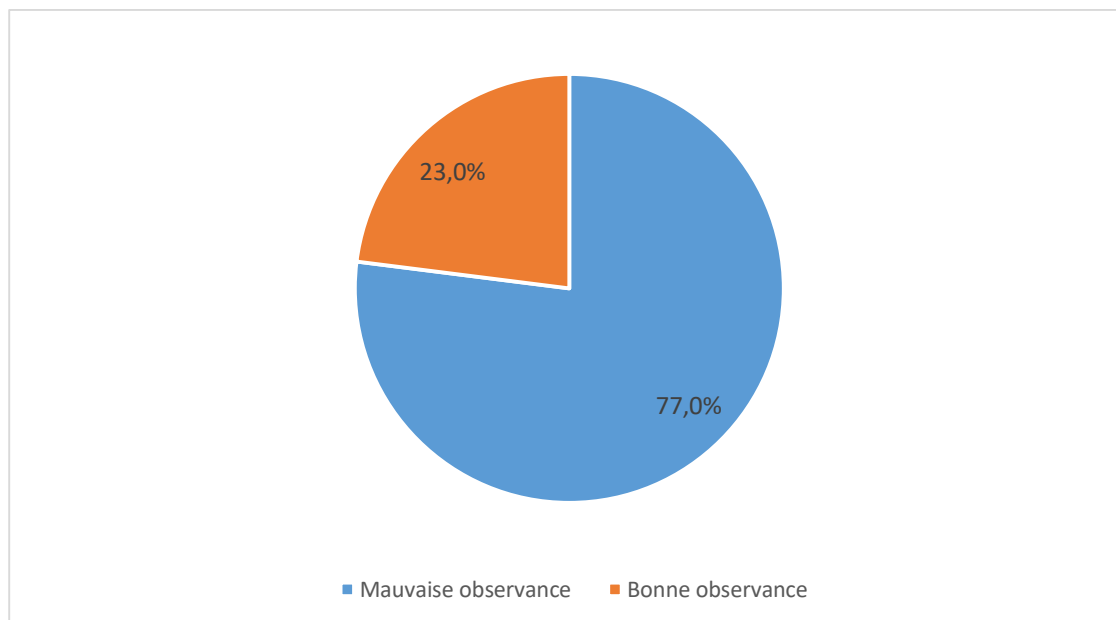


Figure 4 : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon leur observance au traitement

Parmi les patients enquêtés, 77,0% (97/126) avaient une mauvaise observance au traitement.

Tableau V : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon leur qualité de vie globale

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

Parmi les patients enquêtés, 69,0% ont déclaré avoir une bonne qualité de vie globale.

Tableau VI : Répartition des patients atteints de schizophrénie selon les dimensions de la qualité de vie

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 enquêtés avaient globalement une moyenne qualité de vie physique (78,9%), psychologique (61,1%), relationnelle (71,4%) et environnementale (66,7%).

3.3. Résultats analytiques

Tableau VII : Impact de la consommation de SPA sur l’observance thérapeutique des patients atteints de schizophrénie

Consommation au cours de la vie	Observance thérapeutique				
	Mauvaise N(%)	Bonne N(%)	OR	IC95%	p-valeur
Oui	56(84,8)	10(15,2)	2,60	1,09-6,17	0,028
Non	41(68,3)	19(31,7)	1		
Consommation actuelle					
Oui	22(88,0)	3(12,0)	2,54	0,70-9,20	0,144
Non	75(74,3)	26(25,7)	1		

Les patients enquêtés qui ont admis avoir consommé une SPA au cours de leur vie étaient significativement plus susceptibles d’être non observants au

traitement, comparés à ceux qui n'en avaient jamais consommé (OR = 2,60 ; p = 0,028).

Les consommateurs actuels de SPA étaient plus inobservants que ceux qui n'avaient pas consommé de SPA au cours des 30 derniers jours (88,0% contre 74,3%). Cependant, aucune relation statistiquement significative n'a été trouvée (p = 0,144).

Tableau VIII : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie globale autodéclarée des patients atteints de schizophrénie

Consommation au cours de la vie	Qualité de vie globale		OR	IC95%	p-valeur
	Faible à moyenne N(%)	Bonne N(%)			
Oui	19(28,8)	47(71,2)	0,81	0,38-1,72	0,581
Non	20(33,3)	40(66,7)	1		
Consommation actuelle					
Oui	10(40,0)	15(60,0)	1,66	0,70-9,20	0,274
Non	29(28,7)	72(71,3)	1		

Il n'existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie globale déclarée par les patients enquêtés.

Tableau IX : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie physique des patients atteints de schizophrénie

Consommation au cours de la vie	Qualité de vie physique		OR	IC95%	p-valeur
	Faible à moyenne N(%)	Bonne N(%)			
Oui	57(86,4)	9(13,6)	0,97	0,35-2,71	0,960
Non	52(86,7)	8(13,3)	1		
Consommation actuelle					
Oui	20(80,0)	5(20,0)	0,54	0,17-1,70	0,287
Non	89(88,1)	12(11,9)	1		

Il n’existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie physique des patients enquêtés.

Tableau X : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie psychologique des patients atteints de schizophrénie

Consommation au cours de la vie	Qualité de vie psychologique		OR	IC95%	p-valeur
	Faible à moyenne N(%)	Bonne N(%)			
Oui	53(80,3)	13(19,7)	1,36	0,59-3,16	0,475
Non	45(75,0)	15(25,0)	1		
Consommation actuelle					
Oui	18(72,0)	7(28,0)	0,68	0,25-1,83	0,438
Non	80(79,2)	21(20,8)	1		

Il n’existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie psychologique des patients enquêtés.

Tableau XI : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie relationnelle des patients atteints de schizophrénie

Qualité de vie relationnelle					
Consommation au cours de la vie	Faible à moyenne N(%)	Bonne N(%)	OR	IC95%	p-valeur
Oui	56(84,8)	10(15,2)	0,86	0,32-2,35	0,771
Non	52(86,7)	8(13,3)	1		
Consommation actuelle					
Oui	19(76,0)	6(24,0)	0,43	0,14-1,28	0,121
Non	89(88,1)	12(11,9)	1		

Il n’existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie relationnelle des patients enquêtés.

Tableau XII : Impact de la consommation de SPA sur la qualité de vie environnementale des patients atteints de schizophrénie

Qualité de vie environnementale					
Consommation au cours de la vie	Faible à moyenne N(%)	Bonne N(%)	OR	IC95%	p-valeur
Oui	57(86,4)	9(13,6)	1,58	0,62-4,08	0,338
Non	48(80,0)	12(20,0)	1		
Consommation actuelle					
Oui	19(76,0)	6(24,0)	0,55	0,19-1,61	0,272
Non	86(85,1)	15(14,9)	1		

Il n’existait pas de relation statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie environnementale des patients enquêtés.

IV. DISCUSSION

L'objectif de cette étude était d'évaluer l'impact de la consommation de SPA sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G. Les résultats obtenus mettent en évidence des taux élevés d'utilisation de SPA, une observance thérapeutique insuffisante et une qualité de vie globalement moyenne parmi les patients interrogés. De plus, ils révèlent que l'expérience avec les SPA accroît le risque d'une observance thérapeutique inadéquate chez les patients schizophrènes.

Forces et limites de l'étude

Considérant le peu de données existantes dans la littérature locale, les résultats de cette étude pourraient contribuer à combler les lacunes sur la schizophrénie et la consommation de substances psychoactives, fournissant ainsi des données importantes pour orienter les politiques de santé mentale et les interventions cliniques. Étant menée au sein du service de psychiatrie d'un CHU au Mali, l'étude est directement liée à la pratique clinique et peut fournir des informations précieuses sur les défis spécifiques auxquels sont confrontés les patients schizophrènes dans ce contexte.

Cependant, cette étude présente également certaines limites importantes à prendre en considération. Tout d'abord, son caractère transversal ne permet pas d'établir la séquence temporelle entre la consommation de substances psychoactives (SPA) et l'observance thérapeutique, ainsi que la qualité de vie des patients schizophrènes. La stigmatisation entourant la consommation de substances psychoactives pourrait entraîner une sous-déclaration ou une sous-reconnaissance de ce problème, ce qui pourrait biaiser les résultats de l'étude. De plus, la taille restreinte de notre échantillon limite la puissance de l'étude et peut introduire des biais dans l'évaluation de la relation entre la consommation de SPA et les variables d'intérêt. En outre, la petitesse de notre échantillon ne

permet pas de réaliser des analyses différenciées selon le type de substances consommées et les modalités de consommation. Il est important de noter que l'impact de la consommation de SPA sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des schizophrènes peut varier en fonction du type de substance et des habitudes de consommation. Par exemple, les consommateurs réguliers ou excessifs pourraient présenter une observance thérapeutique moins rigoureuse par rapport aux consommateurs occasionnels ou aux non-consommateurs. Enfin, il convient de souligner que les résultats de cette étude pourraient ne pas être généralisables à d'autres populations ou contextes en raison des variations culturelles, socio-économiques et des disparités en termes de ressources en santé mentale.

Âge et sexe

Dans la présente étude, la tranche d'âge de 26 à 32 ans était la plus représentée. Ce résultat pourrait s'expliquer par le fait que la schizophrénie a tendance à se manifester ou à être diagnostiquée plus fréquemment dans cette tranche d'âge. La schizophrénie est souvent diagnostiquée chez les jeunes adultes, généralement entre la fin de l'adolescence et le début de la trentaine [16,22]. De plus, Les personnes âgées de 26 à 32 ans peuvent être plus susceptibles de rechercher des services de santé mentale ou d'être référées pour évaluation et traitement, ce qui pourrait contribuer à leur représentation plus élevée dans notre étude [38,39].

Les hommes étaient sept (7) fois plus représentés que les femmes dans notre échantillon et il n'y avait aucune femme parmi les patients qui ont déclaré avoir déjà consommé une SPA. Ce résultat pourrait s'expliquer par un biais de sélection étant donné que la technique d'échantillonnage utilisée dans la présente étude n'était pas aléatoire. Il est également possible que le recrutement des patients se soit concentré sur une population masculine en raison de divers facteurs, tels que les schémas de consultation des hommes dans le service de

psychiatrie ou les différences culturelles dans la recherche d'aide pour les problèmes de santé mentale et de consommation de SPA. De plus, il est important de considérer les limites de l'étude, telles que la taille de l'échantillon et les méthodes de collecte de données, qui pourraient avoir influencé les résultats observés. Dans la littérature, les données indiquent généralement que la schizophrénie affecte les deux sexes, mais certains rapports suggèrent qu'elle survient légèrement plus fréquemment chez les hommes que chez les femmes [18,22,24].

Statut matrimonial

La majorité des patients enquêtés étaient célibataires. Ce résultat pourrait s'expliquer par plusieurs raisons. Tout d'abord, les patients schizophrènes peuvent être diagnostiqués à un jeune âge, ce qui peut correspondre à une période où les individus sont plus susceptibles d'être célibataires. De plus, la schizophrénie peut avoir un impact significatif sur les relations interpersonnelles et la capacité à maintenir des relations stables [40]. Les symptômes de la maladie, tels que les hallucinations, les idées délirantes et les troubles de la pensée, peuvent rendre difficile le maintien d'une relation de couple. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent être confrontées à un isolement social en raison de la stigmatisation entourant la maladie mentale [41]. Cela peut rendre plus difficile l'établissement et le maintien de relations amoureuses ou conjugales.

Situation professionnelle

Près de la moitié des patients enquêtés ne travaillaient pas, cela pourrait s'expliquer par le fait que la schizophrénie est souvent associée à des difficultés fonctionnelles, y compris des problèmes de concentration, des symptômes négatifs tels que l'apathie ou le retrait social, ainsi que des périodes de décompensation qui peuvent rendre difficile le maintien d'un emploi stable [42].

De plus, les personnes atteintes de troubles mentaux, y compris la schizophrénie, peuvent être confrontées à la stigmatisation et à la discrimination sur le lieu de travail, ce qui peut entraver leurs opportunités d'emploi et leur accès à des postes rémunérés [43].

Consommation de SPA, observance thérapeutique et qualité de vie

Dans notre étude, plus de la moitié des patients interrogés ont déclaré avoir consommé au moins une SPA au cours de leur vie, tandis qu'environ un patient sur cinq a rapporté une consommation au cours des 30 derniers jours. La schizophrénie est souvent liée à divers facteurs de risque de consommation de SPA, tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les antécédents familiaux de dépendance, ainsi que les difficultés sociales et économiques [44]. Ces éléments peuvent contribuer à une prévalence accrue de la consommation de SPA parmi les patients schizophrènes.

Certains patients schizophrènes peuvent recourir aux SPA comme moyen d'autotraitement afin de soulager les symptômes de la maladie, tels que les hallucinations, les idées délirantes ou l'anxiété [45]. De plus, la consommation de SPA peut être utilisée comme un mécanisme d'adaptation pour faire face au stress lié à la maladie et aux défis quotidiens [46].

Il est également important de noter que la consommation de SPA est largement répandue dans de nombreuses populations à travers le monde [47,48]. Dans le cadre de notre étude, il est possible que la prévalence élevée de la consommation de SPA parmi les patients schizophrènes reflète une tendance observée dans la population générale ou dans les groupes spécifiques aux troubles mentaux.

En concordance avec nos constatations, Abderemane et al. ont observé qu'une majorité des patients schizophrènes admis à l'hôpital du CHU Ibn Sina de Rabat entre septembre 2019 et mars 2020 avaient rapporté une consommation SPA [49]. D'autres auteurs ont également rapporté une fréquence élevée de la consommation de SPA chez les patients schizophrènes [15,50,51].

Dans la présente étude, nous avons observé une association positive entre la consommation SPA au cours de la vie et la mauvaise observance thérapeutique chez les patients interrogés, avec un odds ratio de 2,60 (IC 95% = 1,09 - 6,17). Cette constatation soulève des questions importantes sur les mécanismes sous-jacents de cette association. Il est possible que la consommation même antérieure de SPA ait un impact sur la cognition, la motivation, ou les capacités d'organisation des patients, ce qui pourrait influencer leur capacité à respecter leur traitement médicamenteux. De plus, la consommation de SPA pourrait également être liée à des problèmes sociaux ou environnementaux qui interfèrent avec l'observance thérapeutique, tels que l'isolement social, le manque de soutien familial ou les difficultés économiques. Il est également important de noter que cette association ne prouve pas de relation causale directe entre la consommation de SPA et la mauvaise observance thérapeutique. D'autres facteurs non mesurés ou non contrôlés dans notre étude pourraient influencer cette relation. Par exemple, des facteurs génétiques, des comorbidités psychiatriques ou des événements de vie stressants pourraient également jouer un rôle dans l'observance thérapeutique des patients schizophrènes. En accord avec notre résultat, d'autres auteurs ont rapporté une association positive entre la consommation de SPA et la mauvaise observance thérapeutique chez les patients schizophrènes [52,53].

La fréquence de la mauvaise observance thérapeutique était plus élevée chez les patients qui étaient actuellement consommateurs de SPA (88,0%) que chez ceux qui n'avaient jamais consommé ou qui avaient arrêté de consommer les SPA (74,3%). Cependant, aucune relation statistiquement significative n'a été observée ($p = 0,144$). Contrairement à ce résultat, des études récentes ont identifié une relation statistiquement significative entre la consommation actuelle de SPA et la non-observance thérapeutique chez les patients schizophrènes [54,55]. L'absence de relation significative dans la présente étude

pourrait être attribuable à la petite taille de notre échantillon, ce qui pourrait avoir influencé les résultats. Une étude de plus grande envergure ou l'adoption d'une méthodologie différente pourraient potentiellement mettre en lumière des associations plus robustes entre la consommation actuelle SPA et l'observance thérapeutique chez les patients schizophrènes.

Les individus actuellement consommateurs de SPA ont signalé une qualité de vie globale moins satisfaisante (40,0%) par rapport aux non-consommateurs et aux anciens consommateurs de SPA (28,7%), cependant, la différence constatée n'a pas atteint le seuil de signification statistique ($p = 0,274$). Par ailleurs, aucune relation significative n'a été observée entre la consommation actuelle ou passée de SPA et les quatre domaines évalués de la qualité de vie. Il convient de considérer plusieurs facteurs potentiels pour interpréter ces résultats. Il est possible que d'autres variables non mesurées ou des nuances dans la consommation de SPA influent sur la perception de la qualité de vie. De plus, la taille de l'échantillon ou les caractéristiques spécifiques de la population étudiée pourraient jouer un rôle dans les résultats observés. Cette hypothèse est d'autant plus plausible que d'autres études ont rapporté une relation négative statistiquement significative entre la consommation de SPA et la qualité de vie des patients schizophrènes [56–58].

Orientations futures

Les futures études pourraient adopter une approche longitudinale pour établir la séquence temporelle entre la consommation de SPA, l'observance thérapeutique et la qualité de vie des patients schizophrènes. Cela permettrait de mieux comprendre les interactions entre ces variables au fil du temps.

Il est essentiel d'accroître la taille de l'échantillon pour améliorer la puissance des études futures. Un échantillon plus large permettrait également de réaliser des analyses différenciées selon le type de substances consommées et les modalités de consommation, ce qui pourrait fournir des informations plus

précises sur les effets spécifiques de chaque substance sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie.

Les futures études devraient inclure des stratégies pour atténuer les biais potentiels liés à la stigmatisation et à la sous-déclaration de la consommation de SPA. Cela pourrait inclure des méthodes de collecte de données confidentielles et l'utilisation de questionnaires validés pour évaluer la consommation de SPA de manière précise.

Les chercheurs devraient être conscients des limites de généralisabilité de leurs résultats et chercher à diversifier les populations étudiées pour refléter la diversité culturelle, socio-économique et les disparités en termes de ressources en santé mentale. Cela pourrait inclure des études menées dans des contextes géographiques et culturels variés, ainsi que des populations présentant une diversité de profils socio-économiques.

En intégrant ces considérations dans la conception et la mise en œuvre des futures études, il sera possible de mieux comprendre les liens complexes entre la consommation de SPA, l'observance thérapeutique et la qualité de vie des patients schizophrènes, et d'élaborer des interventions plus efficaces pour améliorer leur bien-être global.

CONCLUSION

notre étude a mis en lumière des associations significatives entre la consommation de SPA, l'observance thérapeutique et la qualité de vie chez les patients schizophrènes. Bien que des liens aient été observés entre la consommation de SPA au cours de la vie et une observance thérapeutique moins rigoureuse, ainsi qu'une qualité de vie moins satisfaisante, certains résultats n'ont pas atteint un seuil de significativité statistique.

Nos constatations soulignent l'importance de considérer la consommation de SPA comme un facteur influençant le traitement et le bien-être des patients schizophrènes. Cependant, il est crucial de reconnaître les limites de notre étude, notamment son caractère transversal, la sous-déclaration possible de la consommation de SPA et la petitesse de l'échantillon.

RECOMMANDATIONS

Sur la base des résultats de notre étude, nous formulons les recommandations suivantes:

Aux autorités politiques et administratives

- Renforcer les politiques de prévention et de sensibilisation concernant la consommation de substances psychoactives (SPA) chez les patients schizophrènes, en mettant l'accent sur les risques pour la santé mentale et les implications sur l'observance thérapeutique.
- Investir dans des programmes de formation et de sensibilisation pour les professionnels de santé afin d'améliorer la détection précoce et la gestion des problèmes de consommation de SPA chez les patients schizophrènes.
- Allouer des ressources supplémentaires pour la recherche visant à mieux comprendre les facteurs sous-jacents à la consommation de SPA chez les patients schizophrènes et à développer des interventions adaptées.
- Faciliter l'accessibilité des bilans toxicologiques aux patients schizophrènes.

Aux professionnels de santé

- Intégrer systématiquement l'évaluation de la consommation de SPA dans l'évaluation clinique des patients schizophrènes, en adoptant des outils de dépistage validés et en favorisant un dialogue ouvert et non stigmatisant.
- Demander des bilans de toxicologies pour chaque patient schizophrènes.
- Proposer des interventions de prévention et de traitement spécifiquement adaptées aux besoins des patients schizophrènes ayant des problèmes de consommation de SPA, en mettant l'accent sur la réduction des risques et l'amélioration de l'observance thérapeutique.
- Collaborer étroitement avec d'autres professionnels de la santé mentale, les services de toxicomanie et les services sociaux pour offrir une prise en

charge globale et coordonnée des patients schizophrènes présentant des comorbidités de consommation de SPA.

Aux populations

- Sensibiliser les populations à risque aux dangers de la consommation de SPA sur la santé mentale et à l'impact sur l'observance thérapeutique, en mettant en avant les ressources disponibles pour obtenir de l'aide et du soutien.

REFERENCES

1. Principaux repères sur la schizophrénie [Internet]. Organisation Mondiale de la Santé. 2022 [cité 17 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/schizophrenia>
2. Keepers GA, Fochtmann LJ, Anzia JM, Benjamin S, Lyness JM, Mojtabai R, et al. The American Psychiatric Association Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1 sept 2020;177(9):868-72.
3. Taylor M, Perera U. NICE CG178 *Psychosis and Schizophrenia in Adults: Treatment and Management* – an evidence-based guideline? *Br J Psychiatry*. mai 2015;206(5):357-9.
4. Kikkert MJ, Schene AH, Koeter MWJ, Robson D, Born A, Helm H, et al. Medication Adherence in Schizophrenia: Exploring Patients', Carers' and Professionals' Views. *Schizophr Bull*. 12 oct 2005;32(4):786-94.
5. Caqueo-Urizar A, Urzúa A, Mena-Chamorro P, Bravo De La Fuente J. Effects of Adherence to Pharmacological Treatment on the Recovery of Patients with Schizophrenia. *Healthcare*. 18 sept 2021;9(9):1230.
6. Ziedonis DM, Smelson D, Rosenthal RN, Batki SL, Green AI, Henry RJ, et al. Improving the Care of Individuals with Schizophrenia and Substance Use Disorders: Consensus Recommendations: *J Psychiatr Pract*. sept 2005;11(5):315-39.
7. Abdisa E, Fekadu G, Girma S, Shibiru T, Tilahun T, Mohamed H, et al. Self-stigma and medication adherence among patients with mental illness treated at Jimma University Medical Center, Southwest Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*. déc 2020;14(1):56.
8. Endriyani L, Chien C, Huang X, Chieh-Yu L. The influence of adherence to antipsychotics medication on the quality of life among patients with schizophrenia in Indonesia. *Perspect Psychiatr Care*. avr 2019;55(2):147-52.
9. McKetin R, Baker AL, Dawe S, Voce A, Lubman DI. Differences in the symptom profile of methamphetamine-related psychosis and primary psychotic disorders. *Psychiatry Res*. mai 2017;251:349-54.
10. Schoeler T, Petros N, Di Forti M, Klamerus E, Foglia E, Ajnakina O, et al. Effects of continuation, frequency, and type of cannabis use on relapse in the first 2 years after onset of psychosis: an observational study. *Lancet Psychiatry*. oct 2016;3(10):947-53.

11. Kahn RS, Sommer IE, Murray RM, Meyer-Lindenberg A, Weinberger DR, Cannon TD, et al. Schizophrenia. *Nat Rev Dis Primer.* 12 nov 2015;1(1):15067.
12. D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M. Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* oct 2009;259(7):413-31.
13. Colizzi M, Carra E, Fraietta S, Lally J, Quattrone D, Bonaccorso S, et al. Substance use, medication adherence and outcome one year following a first episode of psychosis. *Schizophr Res.* févr 2016;170(2-3):311-7.
14. 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.
15. 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.* déc 2021;21(1):413.
16. Crocq MA, Guelfi JD. *DSM-5: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.* 5e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2015.
17. Guelfi JD, Rouillon F, Mallet L. *Manuel de psychiatrie.* 4e éd. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2021.
18. 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).
19. Kane JM, Correll CU. Past and Present Progress in the Pharmacologic Treatment of Schizophrenia. *J Clin Psychiatry.* 15 sept 2010;71(09):1115-24.
20. Andreasen N. Symptoms, signs, and diagnosis of schizophrenia. *The Lancet.* août 1995;346(8973):477-81.
21. Kahn RS, Sommer IE. The neurobiology and treatment of first-episode schizophrenia. *Mol Psychiatry.* févr 2015;20(1):84-97.
22. McGrath J, Saha S, Chant D, Welham J. Schizophrenia: A Concise Overview of Incidence, Prevalence, and Mortality. *Epidemiol Rev.* 14 mai 2008;30(1):67-76.

23. McGrath JJ. Variations in the Incidence of Schizophrenia: Data Versus Dogma. *Schizophr Bull.* 15 sept 2005;32(1):195-7.
24. Aleman A, Kahn RS, Selten JP. Sex Differences in the Risk of Schizophrenia: Evidence From Meta-analysis. *Arch Gen Psychiatry.* 1 juin 2003;60(6):565.
25. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieveise R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood Adversities Increase the Risk of Psychosis: A Meta-analysis of Patient-Control, Prospective- and Cross-sectional Cohort Studies. *Schizophr Bull.* juill 2012;38(4):661-71.
26. Cannon M, Jones PB, Murray RM. Obstetric Complications and Schizophrenia: Historical and Meta-Analytic Review. *Am J Psychiatry.* juill 2002;159(7):1080-92.
27. Sullivan PF, Kendler KS, Neale MC. Schizophrenia as a Complex Trait: Evidence From a Meta-analysis of Twin Studies. *Arch Gen Psychiatry.* 1 déc 2003;60(12):1187.
28. Drake RE, Mueser KT, Brunette MF, McHugo GJ. A Review of Treatments for People with Severe Mental Illnesses and Co-Occurring Substance Use Disorders. *Psychiatr Rehabil J.* 2004;27(4):360-74.
29. Achim AM, Maziade M, Raymond E, Olivier D, Merette C, Roy MA. How Prevalent Are Anxiety Disorders in Schizophrenia? A Meta-Analysis and Critical Review on a Significant Association. *Schizophr Bull.* 1 juill 2011;37(4):811-21.
30. Sokero TP, Melartin TK, Rytsälä HJ, Leskelä US, Lestelä-Mielonen PS, Isometsä ET. Suicidal Ideation and Attempts Among Psychiatric Patients With Major Depressive Disorder. *J Clin Psychiatry.* 15 sept 2003;64(9):1094-100.
31. Chaiyakunapruk N, Chong HY, Teoh SL, Wu DBC, Kotirum S, Chiou CF. Global economic burden of schizophrenia: a systematic review. *Neuropsychiatr Dis Treat.* févr 2016;357.
32. Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial Treatments for Schizophrenia. *Annu Rev Clin Psychol.* 28 mars 2013;9(1):465-97.
33. Caspi A, Moffitt TE, Cannon M, McClay J, Murray R, Harrington H, et al. Moderation of the Effect of Adolescent-Onset Cannabis Use on Adult Psychosis by a Functional Polymorphism in the Catechol-O-Methyltransferase Gene: Longitudinal Evidence of a Gene X Environment Interaction. *Biol Psychiatry.* mai 2005;57(10):1117-27.

34. Di Forti M, Marconi A, Carra E, Fraietta S, Trotta A, Bonomo M, et al. Proportion of patients in south London with first-episode psychosis attributable to use of high potency cannabis: a case-control study. *Lancet Psychiatry*. mars 2015;2(3):233-8.
35. Hartz SM, Pato CN, Medeiros H, Cavazos-Rehg P, Sobell JL, Knowles JA, et al. Comorbidity of Severe Psychotic Disorders With Measures of Substance Use. *JAMA Psychiatry*. 1 mars 2014;71(3):248.
36. Rabin RA, Zakzanis KK, George TP. The effects of cannabis use on neurocognition in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Res*. mai 2011;128(1-3):111-6.
37. Green A, Salomon M, Brenner M, Rawlins K. Treatment of Schizophrenia and Comorbid Substance Use Disorder. *Curr Drug Target -CNS Neurol Disord*. 1 avr 2002;1(2):129-39.
38. Mojtabai R, Olfson M, Mechanic D. Perceived Need and Help-Seeking in Adults With Mood, Anxiety, or Substance Use Disorders. *Arch Gen Psychiatry*. 1 janv 2002;59(1):77.
39. Kessler RC, Berglund PA, Bruce ML, Koch JR, Laska EM, Leaf PJ, et al. The prevalence and correlates of untreated serious mental illness. *Health Serv Res*. déc 2001;36(6 Pt 1):987-1007.
40. Mueser KT, McGurk SR. Schizophrenia. *The Lancet*. juin 2004;363(9426):2063-72.
41. Sartorius N. Stigma and mental health. *The Lancet*. sept 2007;370(9590):810-1.
42. Bowie CR, Harvey PD. Cognitive deficits and functional outcome in schizophrenia. *Neuropsychiatr Dis Treat*. déc 2006;2(4):531-6.
43. Henderson C, Noblett J, Parke H, Clement S, Caffrey A, Gale-Grant O, et al. Mental health-related stigma in health care and mental health-care settings. *Lancet Psychiatry*. nov 2014;1(6):467-82.
44. Cantor-Graae E, Nordström LG, McNeil TF. Substance abuse in schizophrenia: a review of the literature and a study of correlates in Sweden. *Schizophr Res*. mars 2001;48(1):69-82.
45. Buckley PF, Miller BJ, Lehrer DS, Castle DJ. Psychiatric Comorbidities and Schizophrenia. *Schizophr Bull*. 1 mars 2009;35(2):383-402.

46. Margolese HC, Malchy L, Negrete JC, Tempier R, Gill K. Drug and alcohol use among patients with schizophrenia and related psychoses: levels and consequences. *Schizophr Res.* avr 2004;67(2-3):157-66.
47. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. Key substance use and mental health indicators in the United States: Results from the 2019 National Survey on Drug Use and Health [Internet]. Rockville: Center for Behavioral Health Statistics and Quality, Substance Abuse and Mental Health Services Administration; 2020 [cité 28 févr 2024]. Report No.: HHS Publication No. PEP20-07-01-001, NSDUH Series H-55. Disponible sur: <https://www.samhsa.gov/data/>
48. United Nations Office on Drugs and Crime. World Drug Report 2021 [Internet]. United Nations. 2021 [cité 28 févr 2024]. Disponible sur: <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>
49. Abderemane A, Ahmadou TM, Khadmaoui A, Belbachir S, Barkat K, Touhami AAO. A cross-sectional study of substance use in patients with schizophrenia hospitalized for relapse at the Ar-Razi Psychiatric Hospital in SalSalé, Centre Hospitalo-Universitaire (CHU) Ibn Sina Rabat, Morocco. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2022 [cité 28 févr 2024];41. Disponible sur: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/107/full>
50. Hunt GE, Large MM, Cleary M, Lai HMX, Saunders JB. Prevalence of comorbid substance use in schizophrenia spectrum disorders in community and clinical settings, 1990–2017: Systematic review and meta-analysis. *Drug Alcohol Depend.* oct 2018;191:234-58.
51. Thoma P, Daum I. Comorbid substance use disorder in schizophrenia: A selective overview of neurobiological and cognitive underpinnings. *Psychiatry Clin Neurosci.* sept 2013;67(6):367-83.
52. Eticha T, Teklu A, Ali D, Solomon G, Alemayehu A. Factors Associated with Medication Adherence among Patients with Schizophrenia in Mekelle, Northern Ethiopia. *Laks J, éditeur. PLOS ONE.* 27 mars 2015;10(3):e0120560.
53. El Ammouri A, Kisra H. Étude de l'observance thérapeutique chez une population de patients atteints de schizophrénie au Maroc. *L'Encéphale.* déc 2017;43(6):522-7.
54. Tareke M, Tesfaye S, Amare D, Belete T, Abate A. Antipsychotic medication non-adherence among schizophrenia patients in Central Ethiopia. *South Afr J Psychiatry* [Internet]. 5 mars 2018 [cité 28 févr

2024];24. Disponible sur:
<https://sajp.org.za/index.php/sajp/article/view/1124>

55. Mohammed F, Geda B, Yadeta TA, Dessie Y. Antipsychotic medication non-adherence and factors associated among patients with schizophrenia in eastern Ethiopia. *BMC Psychiatry*. 7 févr 2024;24(1):108.
56. Hashemzadeh I, Navarro JF, Adan A. Circadian functioning and quality of life in substance use disorder patients with and without comorbid schizophrenia. *Prog Neuropsychopharmacol Biol Psychiatry*. janv 2023;120:110623.
57. Desalegn D, Girma S, Tessema W, Yeshigeta E, Kebeta T. Quality of Life and Associated Factors among Patients with Schizophrenia Attending Follow-Up Treatment at Jimma Medical Center, Southwest Ethiopia: A Cross-Sectional Study. *Psychiatry J*. 21 août 2020;2020:1-7.
58. Desalegn D, Girma S, Abdeta T. Quality of life and its association with current substance use, medication non-adherence and clinical factors of people with schizophrenia in Southwest Ethiopia: a hospital-based cross-sectional study. *Health Qual Life Outcomes*. déc 2020;18(1):82.

ANNEXES

Nom : KEITA **Prénom :** Mahamadou

Email : mahamadou3615@gmail.com

Tél : (00223) 75 19 60 70/ 69 59 46 58.

Titre : Etude épidémio-clinique de la demande de soins psychiatrique des personnes âgées de 60 ans et plus au chu point G.

Année de soutenance : 2024

Ville de soutenance : Bamako

Pays d'origine : Mali

Lieu de dépôt : Bibliothèque de la faculté de médecine d'odontostomatologie et de la faculté de pharmacie.

Secteur d'intérêt : Psychiatrie, Santé publique.

Résumé

L'objectif de notre étude était d'évaluer l'impact de la consommation de substances psychoactives sur l'observance thérapeutique et la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie au sein du service de psychiatrie du CHU Point G.

Il s'agissait d'une étude transversale, allant d'octobre 2022 à octobre 2023. Elle a concerné les patients de 18 à 60 ans atteints de schizophrénie suivis au service. Le diagnostic de schizophrénie a été posé avec les critères du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, cinquième édition (DSM-5), et considérés comme étant dans un état stable. L'échantillonnage était exhaustif. La qualité de vie a été évaluée avec le WHOQOL-Bref et Mars. Les analyses ont été faites avec SPSS. Le test de khi2 ou celui de Fisher exact ont été utilisés 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 %. Le consentement verbal a été obtenu de tous les participants.

Pendant la période d'enquête, nous avons recensé 126 patients atteints de schizophrénie. Parmi eux, 66 (soit 52,4%) ont déjà expérimenté une SPA tandis que 25 (soit 19,8%) ont déclaré en avoir consommé une au cours des 30 derniers jours. Les SPA utilisées au cours de la vie étaient la cigarette (41,3%), le cannabis (31,7%), l'alcool (7,9%), le Tramadol (7,1%), la cocaïne (1,6%) et l'héroïne (1,6%). Les patients enquêtés qui ont admis avoir consommé une SPA au cours de leur vie étaient significativement plus susceptibles d'être non observant au traitement, comparés à ceux qui n'en avaient jamais consommé (OR = 2,60 ; p = 0,028). Nos constatations soulignent l'importance de considérer la consommation de SPA comme un facteur influençant le traitement et le bien-être des patients schizophrènes.

Mots clé : Schizophrénie, substance psychoactive, qualité de vie, observance.

Abstract

The aim of our study was to assess the impact of psychoactive substance use on therapeutic adherence and quality of life of people suffering from schizophrenia within the psychiatry department of CHU Point G.

This was a cross-sectional study, running from October 2022 to October 2023. It involved patients aged 18 to 60 with schizophrenia followed up in the department. The diagnosis of schizophrenia was made using the criteria of the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5), and considered to be in a stable state. Sampling was exhaustive. Quality of life was assessed with WHOQOL-Bref and Mars. Analyses were performed with SPSS. The chi² or Fisher exact test was used according to convenience for frequency comparison, with an estimated significance level of 5%. The strength of associations was estimated using Odds ratios and their 95% confidence intervals. Verbal consent was obtained from all participants.

During the survey period, we identified 126 patients with schizophrenia. Of these, 66 (52.4%) had ever tried an APS, while 25 (19.8%) said they had used one in the last 30 days. Lifetime APS use included cigarettes (41.3%), cannabis (31.7%), alcohol (7.9%), Tramadol (7.1%), cocaine (1.6%) and heroin (1.6%). Patients surveyed who admitted to having used an APS in their lifetime were significantly more likely to be non-compliant with treatment, compared with those who had never used it (OR = 2.60; $p = 0.028$).

Our findings underline the importance of considering SPA use as a factor influencing the treatment and well-being of schizophrenic patients.

Key words: Schizophrenia, psychoactive substance, quality of life, compliance.

Fiche d'enquête

A. INFORMATIONS GENERALES

A.1. VOTRE INFORMATION

Date : **Numéro de dossier :**

Âge :ans **Sexe :** Masculin Féminin

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

Résidence : CI CII CIII CIV CV CVI Hors Bamako

Niveau scolaire : Non scolarisé Primaire Secondaire Supérieur
 Troisième cycle

Profession : Travaille Ne travaille pas

Avez-vous déjà consommé une substance psychoactive au cours de votre vie ?

Oui Non

Si oui, énumérez :

En consommez-vous actuellement ? 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.

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

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

3 La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas tout	du un peu	modérément	beaucoup	extrêmement
4 Avez-vous besoin d'un traitement médical quotidien ?					

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 environnem ent 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 ?					

<p>18 Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?</p> <p>19 Etes-vous satisfait(e) de vous ?</p> <p>20 Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ?</p> <p>21 Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ?</p> <p>22 Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ?</p> <p>23 Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ?</p> <p>24 Etes-vous satisfait(e) de votre accès aux services</p>	<p>très insatisfait(e)</p>	<p>insatisfait(e)</p>	<p>ni satisfait(e) ni insatisfait(e)</p>	<p>satisfait(e)</p>	<p>très satisfait(e)</p>
--	----------------------------	-----------------------	--	---------------------	--------------------------

<p>de santé ?</p> <p>25 Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?</p>					
--	--	--	--	--	--

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

WHOQOL-BREF

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.		