



VALIDATION DE L'ECHELLE « SFQ » DU FONCTIONNEMENT SOCIAL : COMPOSANTE QUANTITATIVE.

MEMOIRE PRESENTE PAR :

DOCTEUR BENHADDOUCH YASSINE

Né le 18/10/1991

POUR L'OBTENTION DU DIPLOME DE SPECIALITE EN MEDECINE

OPTION : PSYCHIATRIE

Sous la direction de Professeur AALOUANE RACHID

Session Juin 2022

Dr AARAB Chadya
Professeur Agrégé en Psychiatrie
Faculté de Médecine FES
CHU Hassan II - FES

DEDICACES

*A cœur vaillant rien d'impossible
A conscience tranquille tout est accessible
Quand il y a la soif d'apprendre
Tout vient à point à qui sait attendre
Quand il y a le souci de réaliser un dessein Tout devient facile pour arriver à nos fins
Malgré les obstacles qui s'opposent
En dépit des difficultés qui s'interposent
Les études sont avant tout Notre unique et seul atout
Ils représentent la lumière de notre existence L'étoile brillante de notre réjouissance
Comme un vol de gerfauts hors du charnier natal Nous partons ivres d'un rêve héroïque et
brutal
Espérant des lendemains épiques Un avenir glorieux et magique
Souhaitant que le fruit de nos efforts fournis Jour et nuit, nous mènera vers le bonheur
fleuri
Aujourd'hui, ici rassemblés auprès des jurys, Nous prions dieu que cette soutenance
Fera signe de persévérance
Et que nous serions enchantés
Par notre travail honoré
MC*

✍ Je dédie ce mémoire à ...✍

A ma très Chère mère lalla Bouchra

Affable, honorable, aimable : Tu représentes pour moi le symbole de la bonté par excellence, la source de tendresse et l'exemple du dévouement qui n'a pas cessé de m'encourager et de prier pour moi.

Ta prière et ta bénédiction m'ont été d'un grand secours pour mener à bien mes études. Aucune dédicace ne saurait être assez éloquente pour exprimer ce que tu mérites pour tous les sacrifices que tu n'as cessé de me donner depuis ma naissance, durant mon enfance et même à l'âge adulte.

Tu as fait plus qu'une mère puisse faire pour que ses enfants suivent le bon chemin dans leur vie et leurs études.

Je te dédie ce travail en témoignage de mon profond amour. Puisse Dieu, le tout puissant, te préserver et t'accorder santé, longue vie et bonheur.

A mon Cher Père Sidi Abdeljalil

Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour, l'estime, le dévouement et le respect que j'ai toujours eu pour vous.

Rien au monde ne vaut les efforts fournis jour et nuit pour mon éducation et mon bien être.

Ce travail est le fruit de tes sacrifices que tu as consentis pour mon éducation et ma formation.

Remerciements

A notre Cher Maître et Rapporteur

Monsieur le professeur Rachid Aalouane Professeur de psychiatrie.

*Permettez-moi de vous exprimer mon admiration pour vos qualités humaines,
scientifiques, et professionnelles*

Votre sérieux, votre compétence, et votre sens du devoir nous ont énormément marqués

*Merci infiniment pour vos précieux conseils et votre aide tout au long de ma carrière
universitaire*

*Ce travail riche d'intérêt que vous avez bien voulu nous confier est pour nous l'occasion
de vous témoigner notre profonde gratitude.*

A notre Chère maître

Mme le professeur Aarab Chadya Professeur de Psychiatrie.

Vous nous avez toujours réservé le meilleur accueil

*Vos encouragements inlassables, votre amabilité, votre gentillesse méritent toute
admiration.*

*Nous saisissons cette occasion pour vous exprimer notre profonde admiration pour toutes
vos qualités scientifiques et humaines.*

À notre Cher maître Monsieur le professeur Yassine Otheman

Professeur de Psychiatrie.

*Vos qualités humaines, votre érudition, et vos qualités scientifiques nous ont beaucoup
marqué*

Veillez trouver ici l'expression de notre estime et notre considération

A notre cher et dynamique professeur assistant Monsieur le professeur

Amine Bout

*Un remerciement particulier et sincère pour tous vos efforts fournis. Vous avez toujours
été présent.*

Que ce travail soit un témoignage de ma gratitude et mon profond respect.

A mes chers collègues

A tous le staff paramédical du Service de Psychiatrie

*Je ne peux trouver les mots justes et sincères pour vous
exprimer mon affection et mes pensées, vous êtes pour moi des frères, sœurs et des amis sur
qui je peux compter.*

*En témoignage de l'amitié qui nous uni et des souvenirs de tous les moments que nous
avons passé ensemble, je vous dédie
ce travail et je vous souhaite une vie pleine de santé et de bonheur.*

SOMMAIRE

INTRODUCTION	18
Contexte	19
Problématique	22
Intérêt	23
Objectifs	24
CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'OUTIL SFQ	25
I. FONCTIONNEMENT SOCIAL ET DSM 5.....	26
II. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE SFQ:	27
III. INSTRUMENTS DE COMPARAISON	29
1. GLOBAL ASSESSEMENT FUNCTIONING SCALE (GAF):	29
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE (WHODAS 2.0):	30
3. FAST (FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING TOOL):	30
4. LE SOCIAL ADJUSTMENT SCALE SELF-REPORT (SAS-SR)	31
5. LE SOCIAL ADAPTATION SELF-EVALUATION SCALE (SASS).....	31
6. ÉCHELLE D'INVALIDITÉ SHEEHAN (SHEEHAN DISABILITY SCALE)	31
7. L'ÉCHELLE SOFAS (THE SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING ASSESSMENT SCALE)	32
8. THE SOCIAL FUNCTIONING SCALE (SFS)	32
9. FIRST EPISODE SOCIAL FUNCTIONING SCALE (FESFS)	32
10. L'ÉCHELLE KAS-R (THE KATZ ADJUSTMENT SCALE-RELATIVE REPORT FORM)	33
IV. VALIDATION A TRAVERS LE MONDE DU SFQ:	33
1. En Suisse:.....	33
2. En Corée :	34
3. En Rwanda :	35

CHAPITRE 2 : VALIDATION DE LA COMPOSANTE QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN	37
I. ÉTAPES DE VALIDATION :	38
II. PRESENTATION DES DEUX VERSIONS DE VALIDATION QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL :	40
PRESENTATION DE LA DEUXIEME VERSION DE LA VALIDATION QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN.....	42
I. ÉLABORATION DE LA VERSION FINALE :	45
CHAPITRE 3 : VALIDATION QUANTITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN	48
I. MÉTHODOLOGIE :	49
1. TYPES D'ETUDE :	49
2. INSTRUMENT DE VALIDATION :	49
3. LIEU D'ETUDE :	50
4. POPULATION CIBLE :	51
5. L'ECHANTILLONNAGE :	51
6. RECUEIL DES DONNEES :	51
7. DEMARCHE DE L'ENQUETEUR :	53
8. ANALYSE STATISTIQUE :	53
9. ASPECTS ETHIQUES :	53
II. RESULTATS :	54
1. RESULTATS DESCRIPTIFS :	54
a. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE :	54
b. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :	55
i. AGE :	55
ii. SEXE :	55
iii. STATUT MARITAL :	56
iv. PROFESSION :	57

v. REPARTITION GEOGRAPHIQUE :	58
vi. NIVEAU D'ETUDE :	59
vii. REVENU MENSUEL :	60
viii. ANTECEDENTS PERSONNELS :	61
ix. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :	62
x. ANTECEDENTS JURIDIQUES :	63
xi. TEMPS DE PASSATION :	63
xii. RESULTATS DE LA VALIDATION :	64
2. RESULTATS ANALYTIQUES :	66
III. DISCUSSION :	69
1. ARGUMENTAIRE DU TRAVAIL :	69
2. DISCUSSION DU DEROULEMENT DE L'ETUDE :	70
3. DISCUSSION DES RESULTATS CONSTATES AVEC CEUX DE LA LITTERATURE :	71
3.1. AGE :	71
3.2. SEXE :	71
3.3. STATUT MARITAL :	72
3.4. PROFESSION :	73
3.5. REPARTITION GEOGRAPHIQUE :	73
3.6. NIVEAU D'ETUDE :	74
3.7. REVENU MENSUEL :	74
3.8. ANTECEDENTS PERSONNELS :	75
3.9. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :	75
3.10. ANTECEDENTS JURIDIQUES :	75
3.11. RESULTATS DE LA VALIDATION :	76
4. Apports et limites du travail :	77
CONCLUSION	80
RESUME	82

ANNEXES	87
BIBLIOGRAPHIE.....	92

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : La moyenne des scores de chaque item au cours des 3 passations.

Tableau 2 : Les valeurs du kappa des différents items au cours des trois passations.

Tableau 3 : Facteur prédictifs d'un mauvais fonctionnement social SFQ.

Tableau 4 : Comparaison de la répartition des participants en fonction de l'âge dans notre série et dans les études similaires

Tableau 5 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du sexe dans notre série et dans les études similaires

Tableau 6 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du statut marital dans notre série et dans les études similaires

Tableau 7 : Comparaison de la répartition des participants en fonction de la profession dans notre série et dans les études similaires

Tableau 8 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du niveau d'étude dans notre série et dans les études similaires

Tableau 9 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du revenu mensuel dans notre série et dans les études similaires

Tableau 10 : Comparaison de la répartition des participants en fonction des antécédents psychiatriques dans notre série et dans les études similaires

Tableau 11 : Comparaison des scores moyens du SFQ et alpha Cronbach dans notre série et dans les études similaires.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Répartition des participants en fonction du sexe.

Figure 2 : Répartition des participants en fonction du statut marital

Figure 3 : Répartition des participants en fonction de la profession

Figure 4 : Répartition des participants en fonction du milieu géographique.

Figure 5 : Répartition des participants en fonction du niveau d'étude.

Figure 6 : Répartition des participants en fonction du revenu mensuel.

Figure 7 : Répartition des participants en fonction des antécédents personnels.

Figure 8 : Répartition des participants en fonction des antécédents psychiatriques.

Figure 9 : Répartition des participants en fonction des antécédents juridiques.

INTRODUCTION

Contexte

Le fonctionnement social a été défini globalement comme le degré auquel une personne est capable d'accomplir plusieurs rôles dans différents environnements sociaux tel qu'au travail, au domicile, dans les relations sociales, ou durant les activités de loisirs ¹. La définition tient également compte de la satisfaction des individus quant à leurs capacités à remplir ces rôles et à prendre soin d'eux-mêmes ². Selon Tyrer et Casey, le fonctionnement social est défini comme : «Le niveau auquel un individu fonctionne dans son contexte social, allant de l'autopréservation et les habiletés de base à accomplir des activités de la vie quotidienne à la relation avec les autres dans la société » ^{3 4}.

La prise en charge globale des patients sur la base des traitements pharmacologiques ou psychothérapeutiques est importante, mais il ne faut pas négliger d'agir sur leur fonctionnement social afin de réduire l'intensité des symptômes ou syndromes de la psychopathologie et de sauvegarder ou promouvoir la vie des patients dans la communauté ^{5 4}. Le fonctionnement social est une des facettes de la construction multidimensionnelle qu'est la qualité de vie ⁶, concept plus large qui désigne la sensation de bien-être général d'un sujet, sensation subjective qui découle de la satisfaction ou de l'insatisfaction que ce sujet éprouve dans les domaines de vie les plus importants à ses yeux ⁷.

La fonction sociale est reconnue comme un élément de plus en plus important de l'évaluation de la santé mentale. Bien qu'il existe de nombreux instruments d'évaluation de cette fonction ⁸, ce n'est qu'au cours des dix dernières années qu'un intérêt croissant s'est développé, principalement en raison d'une plus grande prise de conscience que le handicap créé par un mauvais fonctionnement social est au moins aussi important que celui créé par les symptômes ^{9 10 11 12}. Cependant, malgré cette

reconnaissance, le fonctionnement social est enregistré beaucoup moins souvent que les évaluations de l'état mental dans les études de recherche, et cela peut être dû au fait qu'il n'existe pas de mesures publiées qui soient brèves.

Les liens entre troubles psychiques et fonctionnement social sont complexes. L'évaluation de la symptomatologie ne fournit pas à elle seule une représentation adéquate des effets du trouble psychiatrique sur la vie du patient et des conséquences économiques pour la société, d'où la nécessité de recourir à des mesures de dysfonctionnement social ¹³. Le recours à de telles mesures apparaît d'autant plus nécessaire qu'il n'existe, à ce jour, pas de marqueurs biologiques adéquats de la maladie psychiatrique ou de réponse au traitement ¹⁴. Certains patients conservent, du moins dans certains domaines et malgré l'intensité de leurs symptômes psychiatriques, une bonne intégration sociale ; d'autres, en revanche, bien que moins sévèrement symptomatiques, éprouvent des difficultés sociales plus massives ^{13 15}. La récupération sur le plan social évolue parfois moins rapidement que la symptomatologie ¹⁶. Ainsi, au cours de l'évolution d'une pathologie, il paraît nécessaire d'évaluer soigneusement la façon dont le patient interagit avec son environnement social. D'un point de vue thérapeutique, la mesure régulière au cours du traitement du fonctionnement social de patients psychiatriques peut être d'un apport important : cela favorise l'attente de changement, permet de tester dans la réalité les croyances tant du patient que du thérapeute quant aux progrès réalisés ou non, et d'identifier l'efficacité de la thérapie dans le domaine du fonctionnement social en particulier ¹⁷.

La psychiatrie a devancé les autres spécialités dans le domaine du « fonctionnement social » à travers le développement de la recherche dans ce domaine durant les dernières décennies. Au-delà de l'intérêt diagnostique et pronostique du fonctionnement social, il est considéré comme un indicateur de réponse thérapeutique.

Il n'existe à l'heure actuelle aucune échelle de fonctionnement social validée auprès d'une population psychiatrique au Maroc. Ce travail visant à valider le SFQ en arabe dialectal marocain, est le premier en son genre au Maroc. Ce travail a été divisé en deux étapes :

- La validation qualitative, qui a fait l'objet d'un sujet de mémoire pour l'obtention du diplôme de spécialité en médecine, option psychiatrie, par Dr OUAZZANI HOUSNI TOUHAMI Youssef en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.
- La validation quantitative, qui fait l'objet de notre travail.

Problématique

Le fonctionnement social nécessite une évaluation clinique multidimensionnelle complète. Cependant, Il n'existe à ce jour aucune échelle de fonctionnement social validée au Maroc.

Les normes sociales et les rôles comportementaux diffèrent selon les communautés et les cultures, et un instrument d'évaluation du fonctionnement social doit être valable pour la population choisie. Les instruments existants ont été développés dans les pays occidentaux, et nécessitent des adaptations transculturelles pour être valides dans d'autres contextes et cultures ^{18 19}.

Intérêt

Il n'y a pas de normes standards pour les niveaux d'accomplissement dans les domaines du fonctionnement social dans la population générale, et tenter de le faire avec les malades souffrant de troubles psychiatriques reste un défi ².

Des évaluations brèves sont souvent requises dans différentes situations psychiatriques où les limites de temps empêchent un examen complet de tous les éléments du fonctionnement, d'où l'intérêt du SFQ comme une échelle brève d'évaluation.

Il est capital de mesurer le fonctionnement social chez un patient, car les symptômes cliniques ne sont pas suffisants pour évaluer le retentissement du trouble. Par la suite, une prise de conscience du changement qui touche directement les aspects sociaux, relationnels et professionnels d'un individu, facilite le chemin du rétablissement, et l'adhérence aux soins ^{13 15}.

Cette évaluation nécessite des échelles de mesures validées et adaptées au contexte et à la culture.

Objectifs

Les objectifs de notre travail se sont centrés sur différents axes :

- L'objectif principal étant de mettre en place une validation quantitative de l'échelle de fonctionnement social validée auprès d'une population psychiatrique au Maroc, qui sera utilisé par les praticiens dans leurs consultations quotidiennes : psychiatres, médecins spécialistes et médecins généralistes.
- Les objectifs secondaires étant de développer l'évaluation du fonctionnement chez les patients suivis pour des troubles psychiatriques et d'assurer une prise en charge précoce et globale des patients en détresse afin d'améliorer leur qualité de vie et celle de leur entourage.

CHAPITRE 1 : PRESENTATION DE L'OUTIL SFQ

I. FONCTIONNEMENT SOCIAL ET DSM 5

Il n'existe pas de marqueurs biologiques ou radiologiques permettant de diagnostiquer un trouble mental. Selon le DSM-5 : « cela devient problématique quand le tableau clinique présenté par le patient n'est pas intrinsèquement pathologique (et cela se pose particulièrement pour les formes légères) et peut être rencontré chez des individus pour lesquels le fait de poser un diagnostic de trouble mental apparaîtrait inapproprié. Ainsi il n'est pas possible de séparer complètement les expressions symptomatiques normales et pathologiques. En conséquence, un critère diagnostique général exigeant la présence d'une détresse ou d'un handicap, a été mis en place pour établir les seuils des troubles ; il est le plus souvent exprimé au moyen de l'expression : Le trouble cause une détresse ou une altération significative du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants. Ce critère peut être particulièrement utile pour déterminer si un patient a besoin ou non d'un traitement. Quand cela apparaît nécessaire, le clinicien doit savoir recueillir, après des membres de la famille ou auprès de tiers, en plus des renseignements fournis par l'individu lui-même, des informations concernant son fonctionnement. » ²⁰.

Ce chapitre du DSM-5 est très explicatif et renseigne des critères pertinents pour le clinicien. En effet, l'évaluation du fonctionnement social est parmi les critères de jugement décisifs dans le diagnostic et la prescription d'un traitement.

II. CONSTRUCTION DU QUESTIONNAIRE SFQ:

Dans le passé, l'évaluation de la fonction sociale a parfois été confondue avec le handicap, et les termes de rôle social et de performance sociale ont parfois été utilisés de manière inexacte comme évaluations de la fonction sociale ^{4 21}. Ces termes ont été critiqués parce qu'ils sont préoccupés par la "fonction normative" (c'est-à-dire qu'ils tendent à définir la fonction sociale normale par des critères externes inappropriés) ²², et dans la pratique actuelle, les auto-évaluations ont tendance à être préférées car elles sont exemptes de ce biais potentiel. Les plus couramment utilisés sont le Short-form 36 health survey questionnaire (SF-36) ²³ et le Social Adjustment Scale Self-Report (SAS-SR) ²⁴. Cependant, ces deux instruments prennent jusqu'à 20 minutes à remplir et ne conviennent pas lorsqu'une brève mesure du fonctionnement social est nécessaire.

Le SFQ a été initialement conçu à des fins cliniques pour mesurer le fonctionnement social et son évolution au cours de thérapies de groupe proposées à des patients suivis dans une institution publique de psychiatrie (Département de Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève). Il s'agissait de mettre au point un auto-questionnaire qui évalue à la fois la fréquence des comportements et la satisfaction par rapport à ceux-ci, et dont le temps de passation n'excède pas 15 minutes afin qu'il puisse être intégré dans une batterie d'instruments applicables en une seule séance d'évaluation (20).

La version finale du SFQ est le résultat d'affinages successifs et intègre les suggestions et critiques recueillies au cours de divers essais pilotes menés pour un début sur des professionnels de la santé. Sur la base de leur pertinence clinique, huit domaines fréquemment considérés ont été retenus dans les échelles de fonctionnement social (1, 10). Ils recouvrent trois grands secteurs d'ajustement social:

a) les habiletés de vie autonome sont investiguées par les domaines « tâches de la vie quotidienne », « gestion financière et administrative » et « santé générale », b) les relations sociales par les domaines « relations familiales et de couple » et « relations extra-familiales » et enfin c) la participation à la vie communautaire par les domaines « activités », « loisirs » et « vie collective et information ». Les huit questions sont formulées en termes simples de sorte à ce qu'elles soient compréhensibles par des patients ayant des connaissances de base de la langue française, et que les sujets fatigables ou encore sévèrement perturbés (hospitalisés ou non) puissent y répondre.

Le fonctionnement perçu est évalué selon une échelle à quatre niveaux avec des indicateurs de fréquence et de satisfaction. Un score moyen élevé indique un plus mauvais fonctionnement social.

III. INSTRUMENTS DE COMPARAISON

Le développement des mesures d'évaluation du fonctionnement social remonte à plusieurs années. La première échelle a été introduite il y'a presque 50 ans, et depuis lors, plus de 40 instruments ont été développés ^{25 26}.

Il y a eu une certaine divergence d'opinions entre ceux qui mesurent le fonctionnement social en fonction de «la façon dont la plupart des gens se sentiraient ou se comporteraient » (critères dits normatifs) et ceux qui estiment que l'individu concerné est le mieux placé pour décider de la qualité de son fonctionnement ^{26 22}. Avec une attention croissante accordée aux propres sentiments du sujet concernant son fonctionnement et ses symptômes, la seconde de ces approches est actuellement considérée comme plus acceptable. Le terme « fonction sociale » ou « fonctionnement social » a progressivement remplacé le concept original « ajustement social », qui nous a permis de s'éloigner des hypothèses selon lesquelles il existe un « niveau standard » de fonctionnement social qui peut être appliqué universellement ²⁶.

La compréhension des facteurs impactant le dysfonctionnement social dans les différents troubles psychiatriques peut aider à l'améliorer, mais ce travail nécessite des échelles de mesure précis et appliqués de manière cohérente au fonctionnement social.

1. GLOBAL ASSESSEMENT FUNCTIONING SCALE (GAF):

Échelle brève hétéro-administrée évaluant le fonctionnement psychologique, social et professionnel d'un individu. Elle est cotée de 1 (maladie) à 100 (parfaite santé mentale) et divisée en neuf intervalles (1-10, 11-20, 21-30, ...etc.) qui mesurent les différents symptômes de ces dimensions. Elle est basée sur la classification de l'axe V du DSM IV, et présente des intérêts dans le diagnostic, le pronostic, et le traitement des troubles psychiatriques ²⁷. L'échelle a été remplacée dans le DSM-5 par le WHODAS II (WHO Disability Assessment Schedule), un entretien plus détaillé et plus objectif.

2. WORLD HEALTH ORGANIZATION DISABILITY ASSESSMENT SCHEDULE

(WHODAS 2.0):

Instrument d'évaluation du fonctionnement global, auto-administré ou en entrevue, composé de 12 ou 36 items évaluant six dimensions (mobilité, activités occupationnelles, cognition, participation, hygiène et vie sociale) durant le mois dernier. Il est adopté comme un outil standard de mesure de fonctionnement par le DSM-5. L'échelle nécessite 5 à 20 minutes en fonction des versions, et présente de bonnes propriétés psychométriques, cependant ses données ne sont qu'au début et des recherches comparant ses relations avec des mesures du fonctionnement sont nécessaires ^{28(p0)}.

3. FAST (FUNCTIONAL ASSESSMENT STAGING TOOL):

Le FAST a été élaboré par l'équipe de Barcelone (Bipolar Disorder Program, Hospital Clinic of Barcelona) pour évaluer le fonctionnement dans les troubles psychiatriques. C'est un instrument spécifique au trouble bipolaire qui se concentre sur les domaines de fonctionnement les plus touchés par la pathologie. C'est un hétéro-questionnaire bref (6 minutes) qui comporte 24 items évaluant six domaines : autonomie, activité professionnelle, fonctionnement cognitif, sphère financière, sphère relationnelle, et loisirs. Chaque item est coté de 0 (pas de difficulté) à 3 (difficultés sévères). Un déficit fonctionnel est retenu à partir d'un score total FAST > 11 (Facteurs prédictifs du fonctionnement chez les patients bipolaires de type 1 en période de rémission) ²⁹.

4. LE SOCIAL ADJUSTMENT SCALE SELF-REPORT (SAS-SR)

Outil d'autoévaluation du fonctionnement social chez la population psychiatrique. C'est un auto-questionnaire composé de 42 items basés sur l'entrevue semi-structurée du Social Adjustment Scale ¹⁵. Ce questionnaire qui nécessite environ 20 minutes évalue la fréquence d'accomplissement de sept rôles (travailleur, ménagère ou étudiant ; activités sociales, activités de base ; relations avec la famille élargie ; rôle conjugal ; rôle parental et rôle de l'unité familiale) ainsi que les frictions, les sentiments négatifs et la satisfaction de l'individu quant à l'accomplissement de ses rôles ²⁴.

5. LE SOCIAL ADAPTATION SELF-EVALUATION SCALE (SASS)

Le SASS est un instrument de mesure unidimensionnel du fonctionnement social surtout utilisé en Europe dans les études pharmacologiques. Le SASS est rempli par le patient en considérant le moment présent et se compose de 21 items cotés en 4 points de gravité. La somme globale des différents items indique le degré de dysfonctionnement social ³⁰.

6. ÉCHELLE D'INVALIDITÉ SHEEHAN (SHEEHAN DISABILITY SCALE)

Il s'agit d'une échelle permettant d'évaluer la capacité fonctionnelle au niveau professionnel, social, et familial d'un individu au cours des deux dernières semaines. Initialement conçue pour mesurer l'impact fonctionnel accompagnant les troubles anxieux, elle est maintenant utilisée dans plusieurs autres troubles, notamment le trouble dépressif caractérisé, le trouble obsessionnel compulsif, et la schizophrénie. Cet outil rempli par le patient, lui permet d'évaluer l'impact de ses symptômes sur une échelle de 0 à 10 pour trois aspects de sa vie : le travail/études, la vie sociale et la vie familiale/tâches domestiques ³¹.

7. L'ÉCHELLE SOFAS (THE SOCIAL AND OCCUPATIONAL FUNCTIONING ASSESSMENT SCALE)

L'échelle évalue exclusivement le niveau de fonctionnement social, familial et occupationnel. Elle est notée de 0 à 100 comme le GAF et indique le niveau de fonctionnement du dernier mois. Les limitations du fonctionnement doivent être liées au trouble psychiatrique, et ne doivent jamais être attribuées aux facteurs environnementaux ou le manque d'opportunités ³².

8. THE SOCIAL FUNCTIONING SCALE (SFS)

C'est un auto-questionnaire qui se compose de 76 items. Il a été développé pour évaluer les compétences et les performances sociales, et couvrir différents domaines du fonctionnement pertinents pour les patients atteints de schizophrénie.

L'échelle reflète les domaines sur lesquels se concentrent divers programmes d'intervention psychosociale, et facilite ainsi la planification des interventions et des objectifs individuels ³³. Le Social Functioning Scale est à différencier du Social Functioning Schedule à partir duquel le SFQ a été développé.

9. FIRST EPISODE SOCIAL FUNCTIONING SCALE (FESFS)

L'échelle de fonctionnement social pour premier épisode psychotique (FESFS) est destinée spécifiquement aux patients présentant un premier trouble psychotique bref, pour évaluer le fonctionnement après une rémission clinique. Elle contient 42 items couvrant plusieurs dimensions du fonctionnement social (l'autonomie, les relations interpersonnelles et intimes, les interactions sociales, l'école/le travail, et les activités sociales ...etc.) ³⁴.

10. L'ÉCHELLE KAS-R (THE KATZ ADJUSTMENT SCALE–RELATIVE REPORT FORM)

Il s'agit d'un instrument de 178 items qui recueille les commentaires de la famille proche pour évaluer l'adaptation communautaire des patients après avoir reçu des soins psychiatriques. L'instrument évalue les comportements observés au cours des semaines précédentes en trois dimensions : comportement général (100 items), activités sociales attendues (32 items), et utilisation de temps libre (46 items). Il reste un instrument peu utilisé vu le temps long de passation ³⁵.

IV. VALIDATION A TRAVERS LE MONDE DU SFQ:

1. En Suisse:

En 2007, R. Nicastro et ses collègues de l'université de Genève en suisse ont établi une étude visant à valider le SFQ dans sa version française ³⁶ à partir d'une version anglaise ³. Pour cela ils ont exploré les propriétés psychométriques du SFQ dans un échantillon de patients avec un trouble de personnalité borderline.

Quatre-vingt-six patients externes (78 femmes et huit hommes) avec un trouble de la personnalité borderline et 100 sujets de contrôle sains et appariés (89 femmes et 11 hommes) ont participé à cette validation du SFQ. Les validités convergentes et divergentes du QFS ont été testées avec les instruments suivants : L'échelle d'auto-évaluation de l'adaptation sociale (SASS), le bref inventaire des symptômes (BSI), l'inventaire de dépression de Beck (BDI), l'échelle de désespoir de Beck (BHS) et une échelle visuelle de souffrance (EVS). La fiabilité test-retest du QFS a été calculée dans un sous-échantillon de 28 sujets et sa sensibilité au changement a été mesurée pour 45 patients.

La cohérence interne de l'indice global du SFQ était satisfaisante (alpha de Cronbach de 0,59 à 0,84). La fiabilité test-retest des indices de la SFQ était comprise entre 0,77 et 0,79 (coefficient de relation intra-classe). La validité discriminante était excellente puisque le groupe de sujets de contrôle sains a obtenu un score significativement plus élevé que le groupe de patients pour toutes les variables (Mann-Whitney tous $p < 0.001$). La sensibilité du SFQ au changement après un traitement psychothérapeutique était bonne comme le montre le changement significatif observé dans l'indice de fréquence et de satisfaction (Wilcoxon respectivement $p = 0.002$ et $p < 0.001$).

A travers ce travail, le SFQ présente des propriétés psychométriques satisfaisantes dans la population étudiée. Cette étude confirme qu'il s'agit d'un outil précieux pour évaluer le fonctionnement social des patients souffrants de trouble de personnalité borderline.

2. En Corée :

Youl-Ri Kim et ses collègues du département de psychiatrie au centre hospitalier universitaire de Seoul ont validé le SFQ dans sa version coréenne ³⁷. Les objectifs de cette étude étaient d'examiner la validité et la fiabilité de la version coréenne du questionnaire sur la fonction sociale (SFQ) et d'évaluer la fonction sociale avec le SFQ chez des patients souffrant de troubles de la personnalité.

Le SFQ a été administré à 186 patients psychiatriques (155 patients avec un trouble de la personnalité et 31 patients sans trouble de la personnalité), et 22 hommes en bonne santé ont été recrutés pour examiner la fiabilité test-retest du SFQ. La gravité des troubles de la personnalité a été déterminée à l'aide des troubles de la personnalité proposés par la Classification internationale des maladies (CIM) – 11e révision (CIM-11). Tous les participants ont rempli le NEO-Five Factor Inventory, le Beck Depression

Inventory et le Spielberger State and Trait Anxiety Inventory pour examiner la validité convergente du SFQ.

La version coréenne du SFQ a montré une bonne cohérence interne (α de Cronbach = 0,811) et une fiabilité test-retest ($r = 0,746$). Les patients avec un trouble de la personnalité avaient plus de dysfonctionnement social que ceux sans trouble de la personnalité. Une augmentation progressive du dysfonctionnement social a été observée avec l'augmentation de la sévérité du trouble de la personnalité. Le dysfonctionnement social a montré une forte relation linéaire avec le modèle à 5 facteurs.

En conclusion, La version coréenne du SFQ a de bonnes propriétés psychométriques. Les résultats de l'étude du SFQ en version coréenne démontre comme étant un très bon instrument pour évaluer le fonctionnement social chez patients souffrants de troubles de personnalités.

3. En Rwanda :

Cette étude a évalué la fiabilité et la validité de critère du Social Functioning Questionnaire (SFQ), un instrument de mesure du fonctionnement social validé au Rwanda ¹⁹ à partir de la version originale ³⁸.

L'instrument a été composé localement en concordance avec une méthode bien décrite pour l'évaluation du fonctionnement spécifique à la culture et au sexe. Les personnes interrogées dans une province du nord du Rwanda (N 1/4 393) ont été évaluées à l'aide du SFQ et d'une échelle de 19 éléments (SF-19) tirée de l'étude Medical Outcomes Study 36-Item Short-Form (SF-36).

La cohérence interne du SFQ était tout juste acceptable pour les femmes mais médiocre pour les hommes, tandis que la cohérence interne du SF-19 était bonne à excellente. Les scores totaux du SFQ ont montré un fort effet plancher, alors que le SF-19 a montré plus de variation dans la distribution des scores totaux.

CHAPITRE 2 : VALIDATION DE LA COMPOSANTE QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN

I. ÉTAPES DE VALIDATION :

La validation qualitative de l'échelle de qualité de vie SFQ a fait l'objet d'une mémoire de fin de spécialité en psychiatrie à la Faculté de Médecine et de pharmacie de Fès, par Dr OUZZANI Youssef en collaboration avec le laboratoire d'épidémiologie de la Faculté de Médecine de Fès.

L'adaptation transculturelle du questionnaire du SFQ a été réalisée en quatre dialectes étapes :

Première étape : Traduction initiale de la langue originale à la langue cible

Elle a consisté en une traduction de L'échelle SFQ de la langue originale (l'anglais) vers la langue cible (arabe dialectal marocain) grâce à deux traducteurs, indépendants et certifiés, dont la langue maternelle est le dialecte arabe marocain et qui maîtrisent l'anglais.

Les deux traducteurs ont travaillé séparément et ont effectué une adaptation transculturelle des concepts plutôt qu'une simple traduction linguistique. Après avoir reçu les deux versions traduites, les deux traducteurs ont réalisé une synthèse de ces deux versions, avec rédaction d'un rapport résumant les difficultés et la façon dont elles ont été résolues. A la fin de cette étape, une version arabe préliminaire du questionnaire a été obtenue.

Deuxième étape : Comparaison des deux versions traduites

La deuxième étape consistait à recruter une tierce personne familière avec les termes médicaux, mais aussi bilingue afin de comparer les deux versions traduites, discuter et éliminer toutes les ambiguïtés et les incohérences des mots, et arriver enfin à une version finale commune.

Troisième étape : Contre traduction de la version traduite

La version finale du questionnaire dans la langue cible, a été contre traduite en anglais par deux autres traducteurs maitrisant l'anglais, dont la langue maternelle était la langue cible, soit le dialecte marocain, et qui n'étaient pas familiarisés avec la version originale du SFQ.

Quatrième étape : Comparaison finale

Cette étape consistait à comparer les deux versions retraduites à la langue originale et à aboutir à une version finale. Celle-ci a été comparée à son tour avec la version originale du SFQ dans le but de tester la version de la langue cible et devait être équivalente à la version originale.

Cinquième étape : Test de la version pré-finale

Après ces étapes, la version pré finale a été introduite à un groupe de 20 personnes de la population cible. Les différentes nuances lexicales disponibles pour l'arabe dialectal ont été bien prises en compte, et c'est pour cette raison que le projet de validation qualitative propose des expressions compréhensibles pour la population sans entrer dans les spécificités de chaque région.

Sixième étape : adoption d'une version consensuelle

Cette dernière étape a conduit l'équipe de validation à prendre en considération les résultats du test effectué sur la population cible, et d'adopter une version finale consensuelle en arabe dialectal marocain.

II. PRESENTATION DES DEUX VERSIONS DE VALIDATION QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL :

Présentation de la première version de la validation qualitative du SFQ en arabe dialectal marocain :

عفاك شوف الجمل اللي لتحت و إختار الإجابة لي جاية قريبة من الحالة لي كنتي عليها مؤخرا		
أنا راضي على كيفاش كندير شغالي فالخدمة والدار	أغلب الأوقات	☐ 0
	بزاف د المرات	☐ 1
	مرة مرة	☐ 2
	أبدا	☐ 3
كيعصبوني شغالاتي فالدار و الخدمة بزاف	أغلب الأوقات	☐ 3
	بزاف د المرات	☐ 2
	مرة مرة	☐ 1
	أبدا	☐ 0
ماعنديش مشاكل مادية	مكايننش مشاكل بالمرة	☐ 0
	غي شي مشاكل خفيفة	☐ 1
	عندي مشاكل	☐ 2
	مشاكل صعبية بزاف	☐ 3
كنلقى صعوبات باش ندير علاقات مع الناس ونحافظ عليها	صعوبات كثيرة	☐ 3
	بعض المشاكل	☐ 2
	مشاكل مرة مرة	☐ 1
	مكايننش مشاكل فمرة	☐ 0

عندي مشاكل فحياتي الجنسية	مشاكل صعبة	☐	3
	مشاكل متوسطة	☐	2
	مشاكل مرة مرة	☐	1
	مكايش مشاكل فمرة	☐	0
عندي علاقة مزيانة مع عائلتي وأقربائي	نعم، أكيد	☐	0
	نعم، غالباً	☐	1
	لا، عندي شي مشاكل	☐	2
	لا، عندي مشاكل صعبة	☐	3
كنحس براسي بوحدني ومعزول على الناس لخرين	تقريباً دوماً	☐	3
	بزاف د المرات	☐	2
	ماشني بزاف	☐	1
	أبداً	☐	0
كنستمتع بوقت الفراغ	بزاف	☐	0
	مرة مرة	☐	1
	قليل	☐	2
	أبداً	☐	3

PRESENTATION DE LA DEUXIEME
VERSION DE LA VALIDATION
QUALITATIVE DU SFQ EN ARABE
DIALECTAL MAROCAIN

عفاك شوف الجمل اللي لتحت و إختار الإجابة لي جاية قريبة من الحالة لي كنتي عليها مؤخرا	
أنا راضي على كيفاش كندير شغالي فالخدمة والدار	☐ أغلب الأوقات 0 ☐ بزاف د المرات 1 ☐ مرة مرة 2 ☐ أبدا 3
كنتوتر فشغالي ديال الدار و الخدمة بزاف	☐ أغلب الأوقات 3 ☐ ☐ بزاف د المرات 2 ☐ ☐ مرة مرة 1 ☐ أبدا 0
ماعنديش مشاكل مادية	☐ مكايينش مشاكل بالمرّة 0 ☐ غي شي مشاكل خفيفة 1 ☐ عندي مشاكل 2 ☐ مشاكل صعيبة بزاف 3

كنلقي صعوبات باش ندير علاقات مع الناس ونحافظ عليها	صعوبات كثيرة	☐	3
	بعض المشاكل	☐	2
	مشاكل مرة مرة	☐	1
	مكاينش مشاكل فمرة	☐	0
عندي مشاكل فحياتي الجنسية	مشاكل صعبة	☐	3
	مشاكل متوسطة	☐	2
	مشاكل مرة مرة	☐	1
	مكاينش مشاكل فمرة	☐	0
عندي علاقة مزيانة مع عائلتي وأقربائي	نعم، أكيد	☐	0
	نعم، غالباً	☐	1
	لا، عندي شي مشاكل	☐	2
	لا، عندي مشاكل صعبة	☐	3
كنحس براسي بوحدني ومعزول على الناس لخرين	تقريباً دوماً	☐	3
	بزاف د المرات	☐	2
	ماشني بزاف	☐	1
	أبداً	☐	0

كنستمتع بوقت الفراغ	بزاف	☐	0
	مرة مرة	☐	1
	قليل	☐	2
	أبداً	☐	3

I. ÉLABORATION DE LA VERSION FINALE :

Après traduction et contre traduction du SFQ, mais également un test préliminaire auprès de 20 participants, une seule modification a été retenue par l'équipe de validation et qui concerne le terme « stressful » auquel on a ajouté entre parenthèse un autre terme courant en arabe dialectal marocain (كنتعصب) pour faciliter sa compréhension.

**VALIDATION DE L'ECHELLE « SFQ » DU FONCTIONNEMENT SOCIAL EN ARABE DIALECTAL
MAROCAIN : COMPOSANTE QUANTITATIVE.**

عفاك شوف الجمل اللي لتحت و إختار الإجابة لي جاية قريبة من الحالة لي كنتي عليها مؤخرا		
أنا راضي على كيفاش كندير شغالي فالخدمة والدار	أغلب الأوقات	☐
		0
	بزاف د المرات	☐
		1
	مرة مرة	☐
		2
	أبدا	☐
		3
كنتوتر (كنتعصب) فشغالي دبال الدار و الخدمة بزاف	أغلب الأوقات	☐
		3
	بزاف د المرات	☐
		2
	مرة مرة	☐
		1
	أبدا	☐
		0
ماعنديش مشاكل مادية	مكاينش مشاكل بالمرة	☐
		0
	غي شي مشاكل خفيفة	☐
		1
	عندي مشاكل	☐
		2
	مشاكل صعبة بزاف	☐
		3
كنلقى صعوبات باش ندير علاقات مع الناس ونحافظ عليها	صعوبات كثيرة	☐
		3
	بعض المشاكل	☐
		2
	مشاكل مرة مرة	☐
		1
	مكاينش مشاكل فمرة	☐
		0

VALIDATION DE L'ECHELLE « SFQ » DU FONCTIONNEMENT SOCIAL EN ARABE DIALECTAL
MAROCAIN : COMPOSANTE QUANTITATIVE.

عندي مشاكل فحياتي الجنسية	مشاكل صعبة	☐	3
	مشاكل متوسطة	☐	2
	مشاكل مرة مرة	☐	1
	مكايش مشاكل فمرة	☐	0
عندي علاقة مزيانة مع عائلتي وأقربائي	نعم، أكيد	☐	0
	نعم، غالباً	☐	1
	لا، عندي شي مشاكل	☐	2
	لا، عندي مشاكل صعبة	☐	3
كنحس براسي بوحدني ومعزول على الناس لخرين	تقريباً دوماً	☐	3
	بزاف د المرات	☐	2
	ماشني بزاف	☐	1
	أبدأ	☐	0
كنستمتع بوقت الفراغ	بزاف	☐	0
	مرة مرة	☐	1
	قليل	☐	2
	أبدأ	☐	3

CHAPITRE 3 : VALIDATION QUANTITATIVE DU SFQ EN ARABE DIALECTAL MAROCAIN

I. MÉTHODOLOGIE :

A travers ce travail, nous avons voulu évaluer la fiabilité et tester l'applicabilité du SFQ dans l'environnement de soins de santé marocain.

Ce travail est le fruit de collaboration du service de psychiatrie du CHU Hassan II de Fès et du laboratoire d'épidémiologie, recherche clinique et santé communautaire de la faculté de médecine et de pharmacie de Fès.

1. TYPES D'ETUDE :

Il s'agit d'une étude transversale, étalée sur une période de 09 mois, du 01 août 2021 au 30 avril 2022 et qui porte sur la description et l'analyse des données recueillies, visant à l'élaboration d'une validation quantitative du SFQ en arabe dialectal marocain selon les recommandations internationales de Beaton d'adaptation transculturelle des échelles de mesure.

Ce travail constitue la deuxième étape de la validation d'une version arabe dialectal du SFQ et s'intègre dans un projet plus vaste visant à développer l'évaluation du fonctionnement chez les patients suivis pour des troubles psychiatriques.

2. INSTRUMENT DE VALIDATION :

Le SFQ est un auto-questionnaire destiné à évaluer le fonctionnement social au cours des deux dernières semaines à travers huit items couvrant les domaines du travail, des tâches ménagères, de la gestion financière, des responsabilités parentales, des relations avec les parents, des relations sexuelles, des contacts sociaux et des activités de temps libre³. Sa durée d'administration est d'environ quatre minutes.

Le SFQ a été développé en 1989 à partir du Social Functioning Schedule (SFS), un entretien semi-structuré qui ciblait 14 dimensions de divers domaines de fonctionnement³⁹. Les items ont été réduits à huit pour le SFQ car des intercorrélations importantes entre certains items (et entre les composants de

performance et de stress) indiquaient qu'un nombre réduit serait suffisant pour une évaluation globale du fonctionnement social et couvrir l'ensemble des domaines de fonctionnement ³.

Le fonctionnement perçu est évalué selon une échelle à quatre niveaux avec des indicateurs de fréquence et de satisfaction. Un score moyen élevé indique un plus mauvais fonctionnement social.

Dans les différentes études réalisées, le SFQ a montré une bonne stabilité dans le temps pour des périodes comprises entre deux semaines et une année. Les résultats ont montré que le fonctionnement social mesuré par le questionnaire était plus stable que les symptômes psychiatriques et montraient une relation plus étroite avec le statut de la personnalité ^{40 41 42}. Les preuves d'un dysfonctionnement social croissant avec des niveaux croissants de troubles de la personnalité confirment la validité du questionnaire ³.

Les items du SFQ sont les principales dimensions du fonctionnement social et la bonne concordance généralement entre les scores du SFQ et du SFS renforce la validité du questionnaire ³.

3. LIEU D'ETUDE :

Les participants inclus dans cette étude ont été recrutés dans les différentes unités du service de psychiatrie, au CHU Hassan II de Fès, à savoir le service d'addictologie, services hospitaliers unité homme et unité femme et le service de consultation psychiatrique ambulatoire.

4. POPULATION CIBLE :

- **Critères d'inclusions** : Adultes âgés de plus de 18 ans, consentants, et n'ayant pas une pathologie pouvant influencer les réponses aux questions administrées.
- **Critères d'exclusion** : Participants âgés de moins de 18 ans, ou les non consentants, les patients diagnostiqués schizophrènes ou avec des troubles schizo-affectifs selon les critères DSM V et les patients avec un retard mental.

5. L'ECHANTILLONNAGE :

Le calcul de la taille de l'échantillon était basé sur la courbe de Streiner ⁴³ qui permet d'estimer le nombre de sujets nécessaire selon le coefficient de fiabilité et les degrés de précision souhaités. Pour un CCI de 0,70 et une précision de $\pm 0,10$, le nombre de sujets nécessaire était d'environ 121 sujets.

Répartition des 121 participants :

- 40 sujets qui n'ont aucun suivi psychiatrique
- 41 sujets suivis pour un trouble d'utilisation de substance selon les critères DSM 5
- 40 sujets suivis pour un trouble bipolaire selon les critères DSM 5.

6. RECUEIL DES DONNEES :

Le recueil des informations a été fait au cours d'un entretien individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient.

Les données de l'interrogatoire ont été colligées sur des fiches d'exploitations préalablement établies (annexe 1) dans le but d'analyser les caractéristiques épidémiologiques.

Modalités de recueil :

Le recueil a été réalisé par deux enquêteurs pour chaque patient :

- Enquêteur A : Yassine BENHADDOUCH
- Enquêteur B : Youssef OUZZANI.
- Enquêteur C : Nour El Houda FARES

Une première et une deuxième passation ont été faites par le premier et le deuxième enquêteur à quelques minutes d'intervalle, puis une troisième passation, à 15 jours d'intervalle, par un deuxième enquêteur qui ne connaissait pas les réponses obtenues lors de la première et la deuxième passation.

Variables sociodémographiques :

- Des données sociodémographiques ont été recueillies :
- Enquêteurs.
- Numéro de passation.
- Nom et prénom du patient.
- Sexe.
- Age.
- Profession.
- Lieu de résidence (ville).
- Profession
- Revenu mensuel
- Statut marital
- Niveau d'étude
- Antécédents (personnels, médicaux chirurgicaux, psychiatriques et juridiques)
- Diagnostic selon le DSM V

Échelle SFQ en arabe dialectal

7. DEMARCHE DE L'ENQUETEUR :

Prise de contact avec Monsieur le directeur et le chef de service de l'hôpital psychiatrique du CHU Hassan II de Fès.

Avant d'entamer l'enquête, il était nécessaire de prendre l'accord administratif du directeur de l'hôpital psychiatrique du CHU Hassan II de Fès.

Prise en contact avec l'épidémiologiste pour l'estimation du nombre de sujets de l'échantillon ainsi que la validation du questionnaire.

Une fois l'accord est obtenu, l'enquête est entamée :

- Les 121 participants ont été interrogés un par un, de façon successive, après les avoir mis en confiance, leur avoir expliqué l'objectif de l'étude, et obtenu leur consentement oral.
- Tous les sujets ont été questionnés par deux examinateurs pour les deux premières passations et par le troisième enquêteur, 15 jours après pour une dernière passation.

8. ANALYSE STATISTIQUE :

Les fréquences sont utilisées pour la description des variables qualitatives, les moyennes et les écarts type pour les variables quantitatives. Le test t et ANOVA sont utilisés pour rechercher les associations entre les scores et les différentes variables. L'alpha de Cronbach est utilisé pour mesurer la validité interne. Le coefficient interclasse pour mesurer la reproductibilité (test -retest). Le seuil de signification est fixé à 5%.

9. ASPECTS ETHIQUES :

Nous avons veillé tout au long de notre étude au respect de la confidentialité des données, et l'anonymat des participants.

II. RESULTATS :

1. RESULTATS DESCRIPTIFS :

a. TAUX DE PARTICIPATION A L'ENQUETE :

Nous avons recruté 130 sujets, 121 ont accepté de participer à notre étude, les 9 restants ont refusé à cause de la non maîtrise de l'arabe dialectal marocain, de leur état de sante, ou de peur du non-respect de l'anonymat de l'étude.

On a choisi un échantillon varié, repartie entre patients bipolaire (40 participants), des patients suivis pour une addiction (41 Participants) et des sujets témoins choisis de la population générale (40 participants).

Les 121 sujet ont répondu aux différents items du questionnaire, lors des deux premières passations et lors d'une troisième passation après 15 jours d'intervalle.

b. DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES :

i. AGE :

L'âge moyen des participants de notre étude était de 32,94 $\pm$ 10,34. L'âge minimal était de 18 ans tandis que l'âge maximal était de 72 ans.

ii. SEXE :

Parmi les participants, on trouve une prédominance masculine avec 75 hommes, soit 62% et seulement 46 femmes, soit 38%.

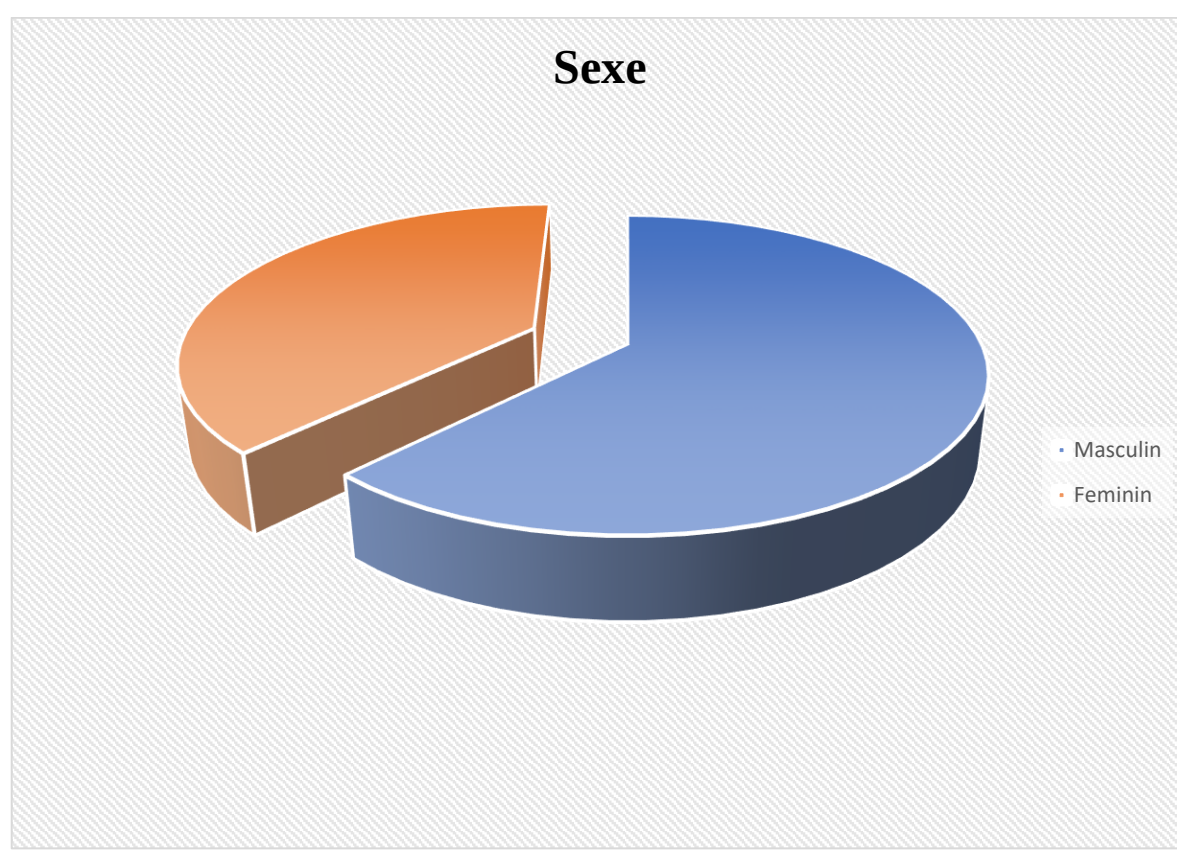


Figure 1 : Répartition des participants en fonction du sexe.

iii. STATUT MARITAL :

Parmi les 121 participants, on trouve 59,5 étaient célibataires, 33,9% étaient mariés et seulement 6,6% étaient divorcés.

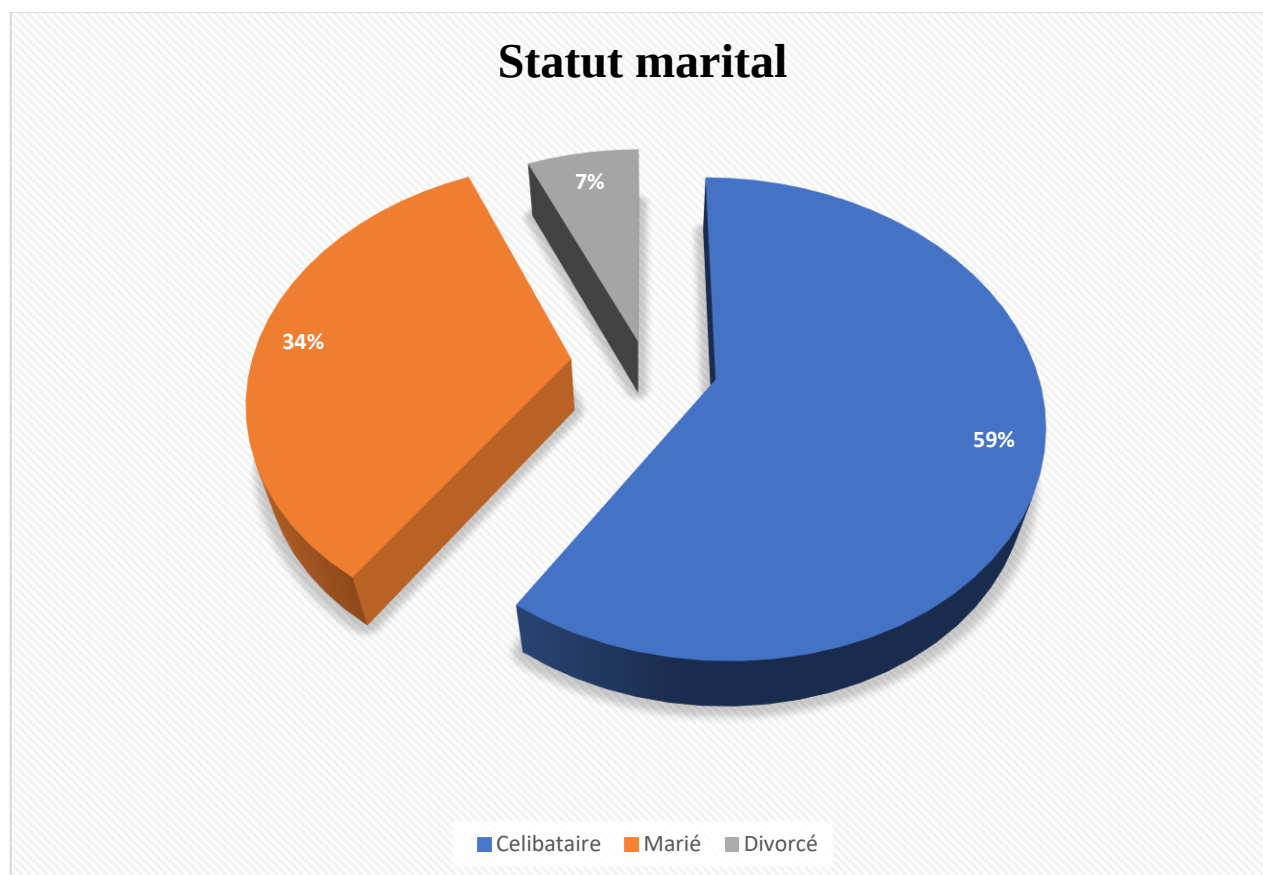


Figure 2 : Répartition des participants en fonction du statut marital

iv. PROFESSION :

La majorité des participants dans notre étude étaient sans profession, soient 52,9%. On trouve que 28,9% avaient une profession régulière et seulement 18,9% avec une profession irrégulière.

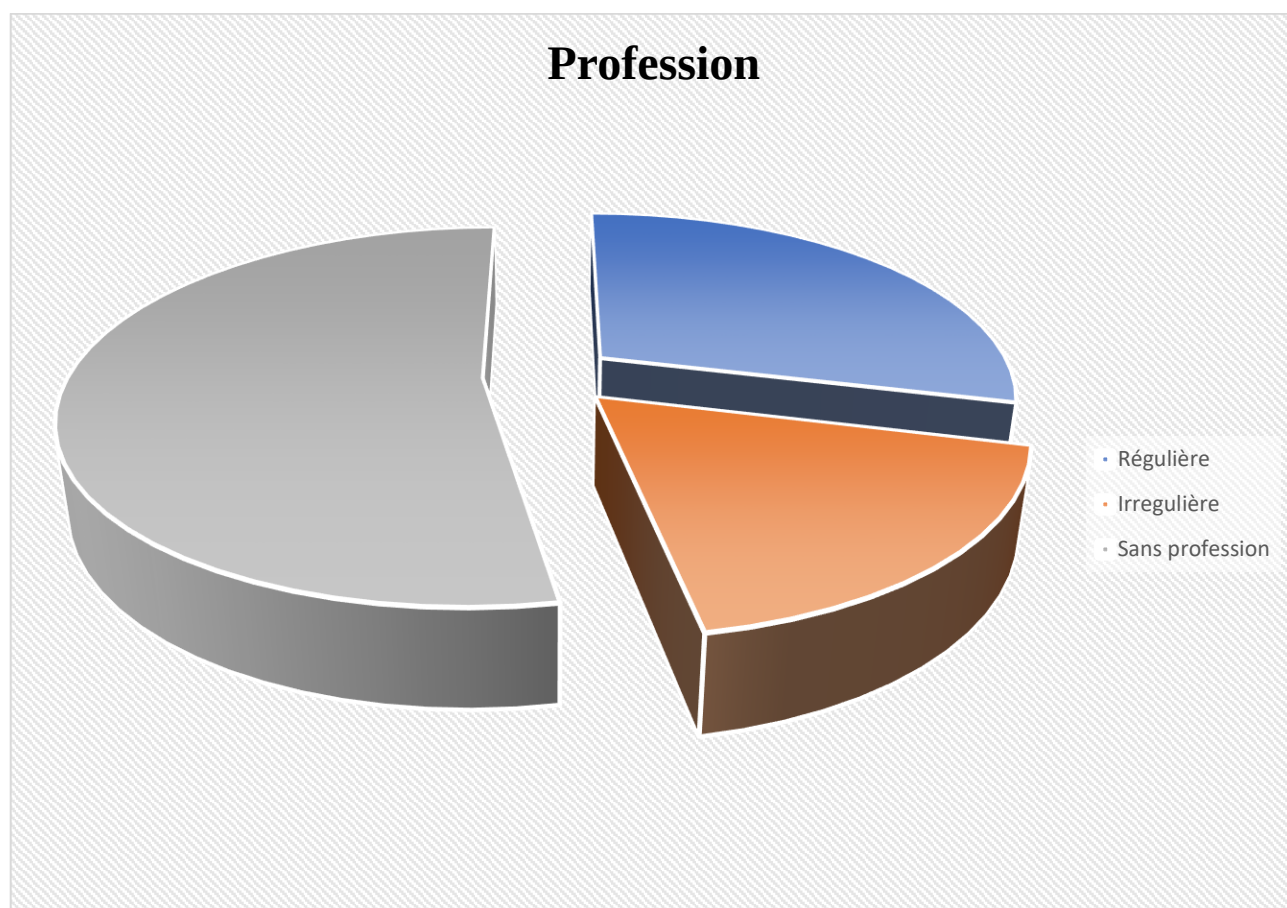


Figure 3 : Répartition des participants en fonction de la profession

v. REPARTITION GEOGRAPHIQUE :

La majorité des participants à cette étude habitaient en milieu urbain, soit 92,6% et seulement 7,4% étaient du milieu rural.

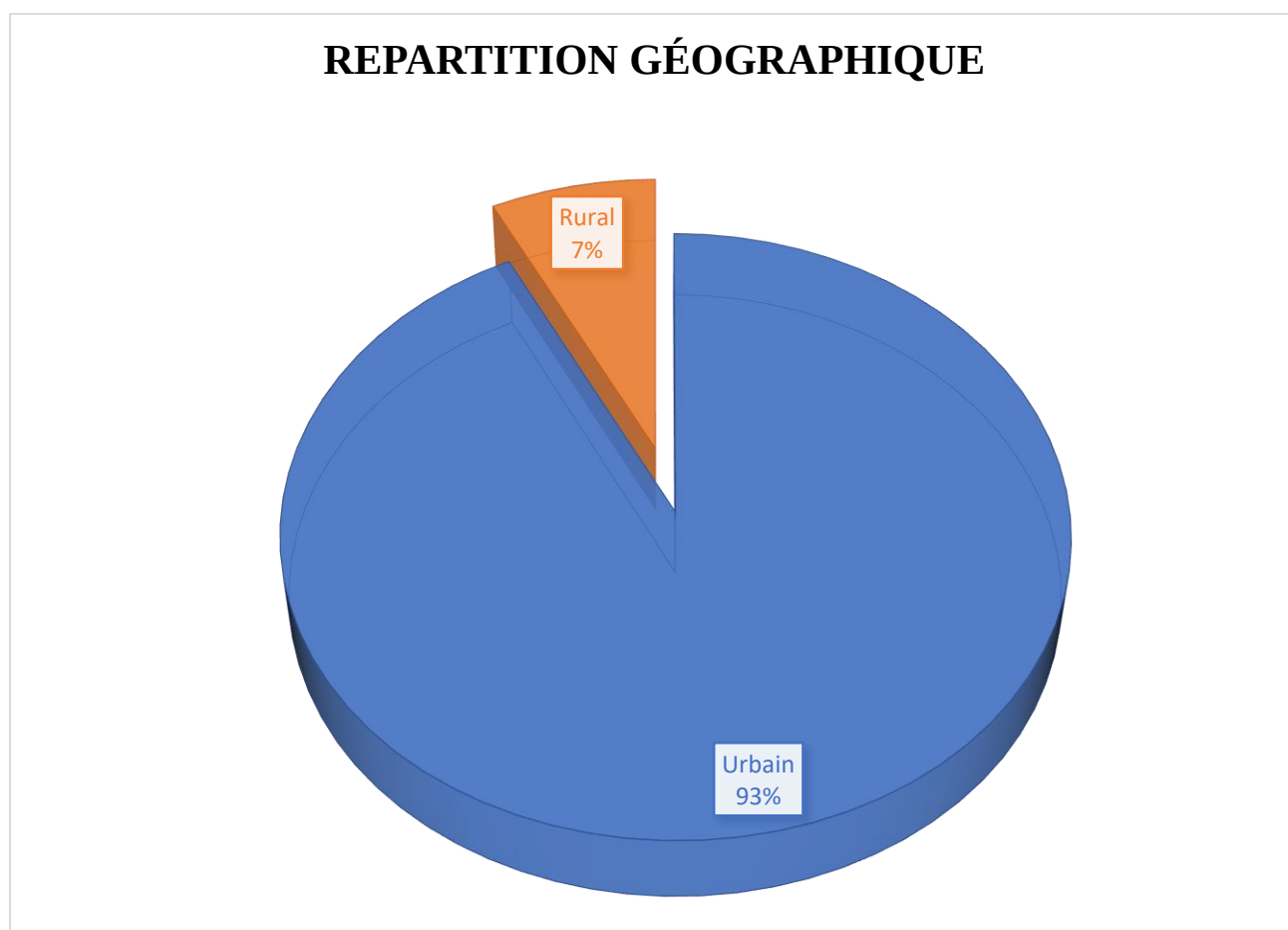


Figure 4 : Répartition des participants en fonction du milieu géographique.

vi. NIVEAU D'ETUDE :

Parmi les 121 participants 23,1% avaient un niveau d'étude primaire, 21,5% avaient un niveau secondaire, 24,8% avaient un niveau de lycée et 30,6% étaient en cycle universitaire.

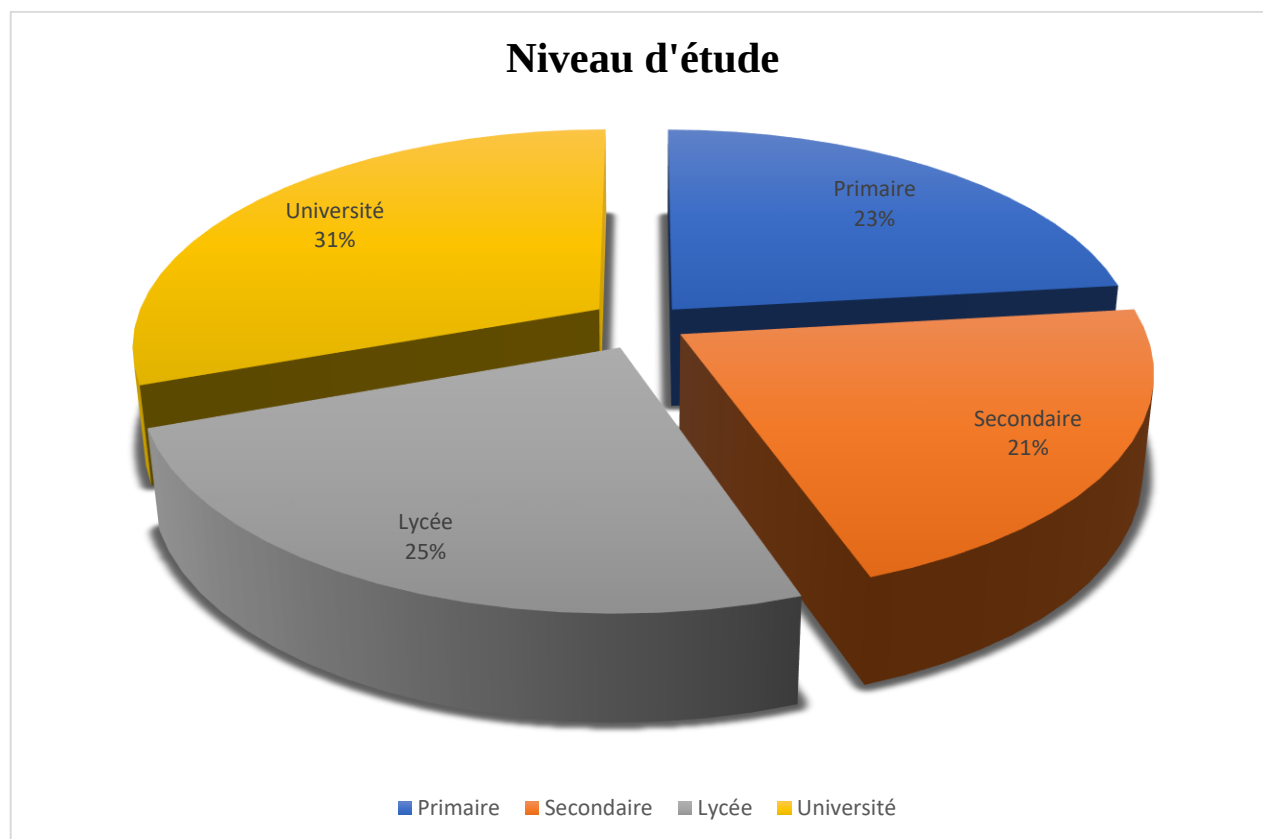


Figure 5 : Répartition des participants en fonction du niveau d'étude.

vii. REVENU MENSUEL :

Parmi les 121 participants, on trouve que la plupart avaient un revenu mensuel moins 2000 dh, soit 75,2%. Cependant, 21,5% avaient un revenu mensuel entre 2000 et 10000dh et seulement 3,3% avaient un revenu mensuel supérieur à 10000 dh.

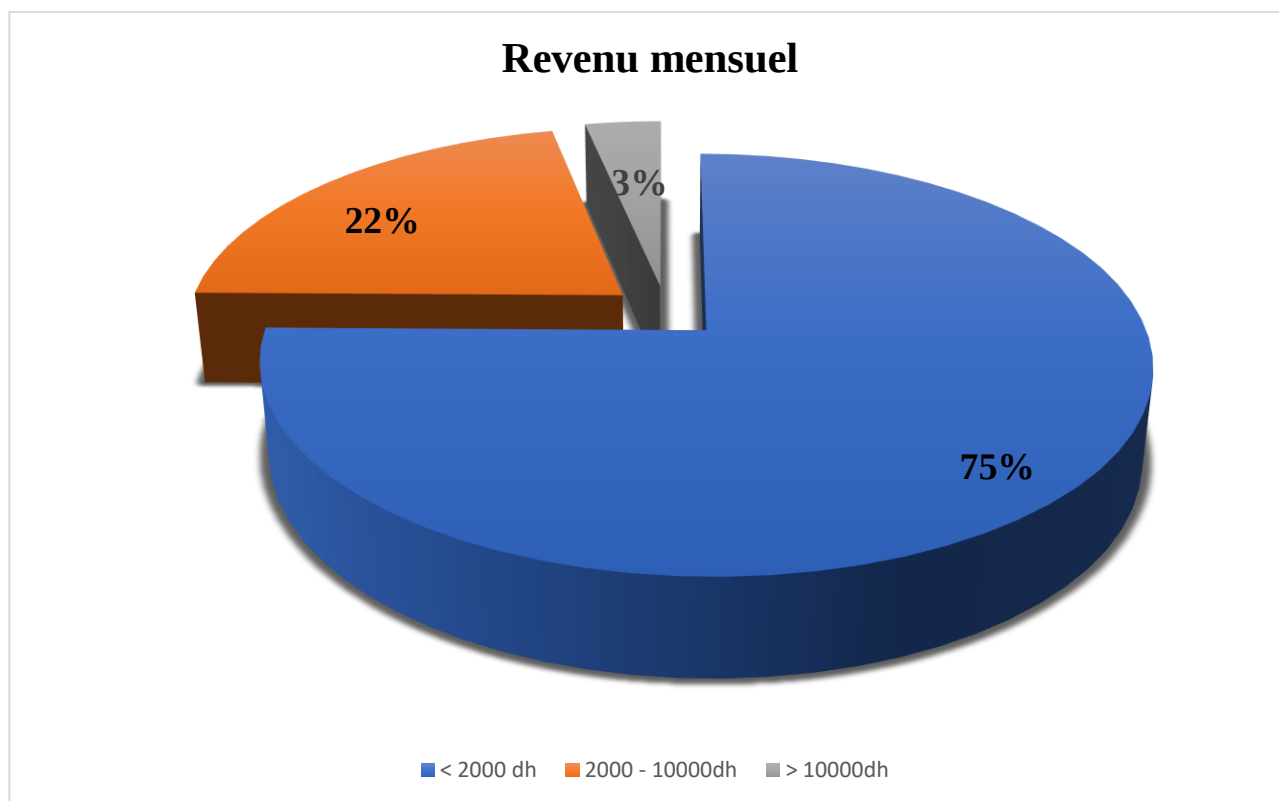


Figure 6 : Répartition des participants en fonction du revenu mensuel.

viii. ANTECEDENTS PERSONNELS :

On trouve que parmi les 121 participant à notre étude que 77,7% n'avaient pas d'antécédents personnels et seulement 22,3% qui présentaient des antécédents de maladie (Diabète, HTA, goitre, Asthme et autres)

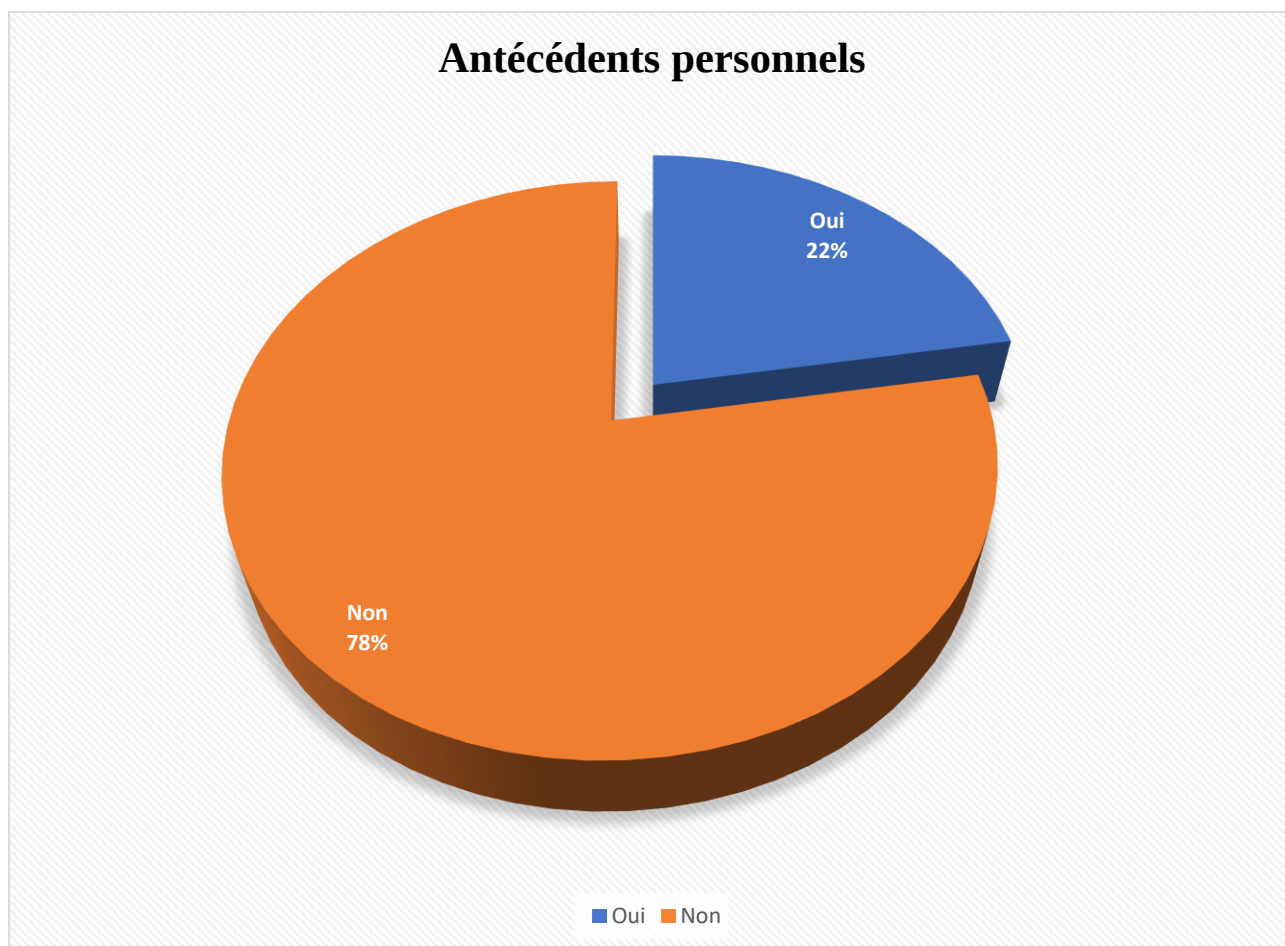


Figure 7 : Répartition des participants en fonction des antécédents personnels.

ix. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

103 participants à notre étude ne présentaient pas d'antécédents psychiatriques, soit 85,1%. On trouve seulement 18 sujets qui présentaient des antécédents psychiatriques, soit 14,9%.

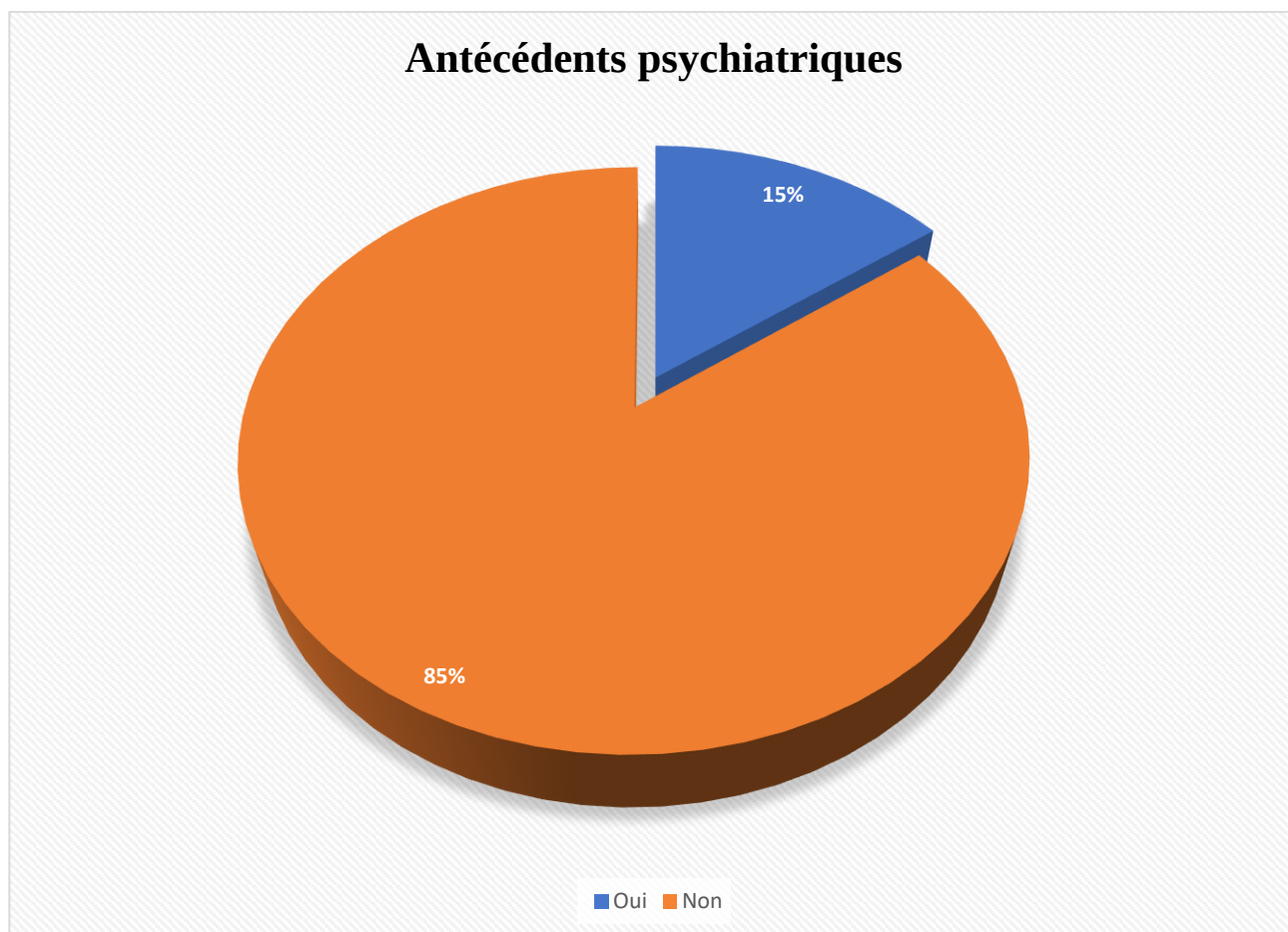


Figure 8 : Répartition des participants en fonction des antécédents psychiatriques.

x. ANTECEDENTS JURIDIQUES :

Parmi les 121 participants, 90,9% n'avaient pas d'antécédents psychiatriques et seulement 9,1% en avaient.

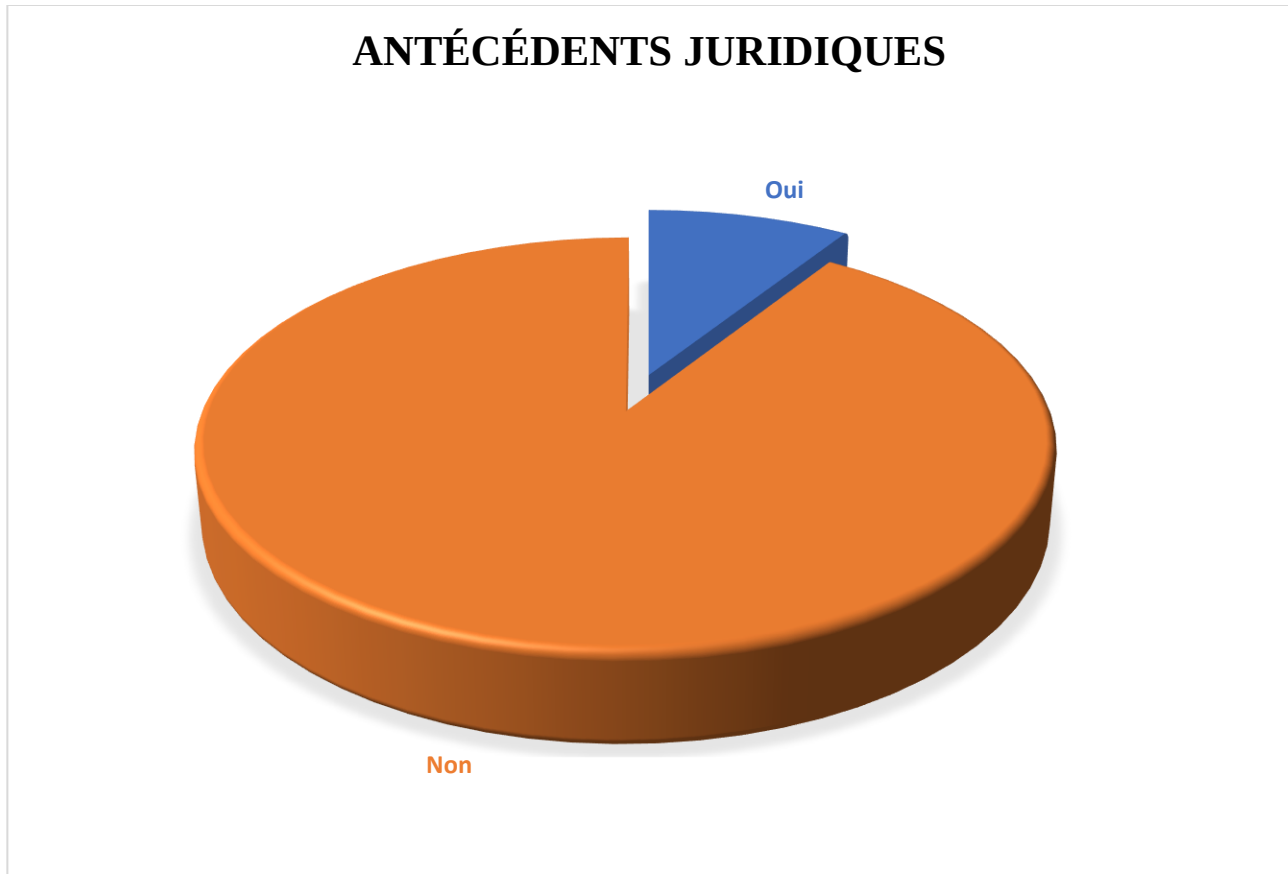


Figure 9 : Répartition des participants en fonction des antécédents juridiques.

xi. TEMPS DE PASSATION :

La durée d'administration variait de :

- 4 à 7 minutes pour la 1^{ère} passation avec une moyenne de 5 minutes et 30 secondes.
- 3 à 6 minutes pour la 2^{ème} passation avec une moyenne de 4 minutes.
- 3 à 6 minutes pour la 3^{ème} passation avec une moyenne de 4 minutes.

xii. RESULTATS DE LA VALIDATION :

Statistiques descriptives :

La moyenne du SFQ à la 1^{ère} passation était 10,74 $\pm$ 4,93, à la 2^{ème} passation était à 10,96 $\pm$ 4,86 et pour la 3^{ème} passation était à 11,42 $\pm$ 4,57.

Ainsi, on trouve que la moyenne aux scores de chaque item allant de 0,94 $\pm$ 0,87 à 2,00 $\pm$ 1,06. (Tableau 1)

La validité d'apparence :

L'évaluation portant sur 121 participants a montré une bonne validité apparente. Toutes les questions ont été comprises sans ambiguïté et n'ont pas nécessité de reformulation.

Validité interne :

Le coefficient alpha de Cronbach pour les différents items est acceptable, avec une valeur statistiquement significative, soit 0,764 (supérieure à 0,7) indiquant une bonne cohérence interne.

Validité de construit et test-retest :

Le coefficient intra-classe entre la 1^{ère} et 2^{ème} passation après 5 minutes d'intervalle était de 0,982 avec intervalle de confiance de 95% allant de 0,975 à 0,988.

Le coefficient intra-classe entre 1^{ère} et 3^{ème} passation après 15 jours d'intervalle était de 0,958 avec intervalle de confiance de 95% allant de 0,94 à 0,97.

A travers ces résultats, on trouve une bonne fiabilité du test-retest avec un coefficient intra-classe significative entre les 3 passations.

Tableau 1 : La moyenne des scores de chaque item au cours des 3 passations.

Indice Kappa des différents items :

	1 ^{ère} passation	2 ^{ème} passation	3 ^{ème} passation
Q 1	1,33 +/-1,05	1,32 +/- 1,03	1,37 +/- 1,01
Q 2	1,488 +/- 0,94	1,54 +/- 0,93	1,58 +/- 0,87
Q 3	1,81 +/- 0,97	1,86 +/- 0,96	2,00 +/- 0,86
Q 4	1,35 +/- 1,06	1,33 +/- 1,03	1,39 +/- 1,02
Q 5	0,94 +/- 0,95	0,99 +/- 0,98	1,00 +/- 0,99
Q 6	1,05 +/- 0,98	1,10 +/- 1,02	1,09 +/-0,99
Q 7	1,40 +/- 1,02	1,39 +/- 1,01	1,45 +/- 0,99
Q 8	1,35 +/- 1,03	1,39 +/- 1,02	1,49 +/- 0,95
SCORE TOTAL	10,74 +/-4,93	10,96 +/- 4,86	11,42 +/- 4,57

Les valeurs du kappa sont comprises entre -1 et +1. Plus la valeur du kappa est élevée, plus forte est la concordance. Lorsque le kappa = 1, une concordance parfaite existe.

Tableau 2 : Les valeurs du kappa des différents items au cours des trois passations.

Items	Entre P1et P2	Entre P1 et P3
Q1	0,908	0,885
Q2	0,869	0,662
Q3	0,862	0,661
Q4	0,865	0,843
Q5	0,916	0,832
Q6	0,906	0,779
Q7	0,955	0,786
Q8	0,911	0,563

2. RESULTATS ANALYTIQUES :

Nous avons réalisé une étude univariée afin de déterminer les facteurs de risque prédictifs d'un mauvais fonctionnement social. Pour cela, nous avons étudié les associations entre les trois passations de l'échelle du fonctionnement social SFQ et les autres variables d'intérêt à la recherche d'associations.

Pour des conditions statistiques, on a étudié les scores de l'échelle du fonctionnement social SFQ des 3 passations chez 2 groupes : les sujets avec un trouble psychiatrique (Trouble bipolaire et trouble addictif) et les témoins.

Les facteurs prédictifs d'un score élevé des différentes passations de l'échelle de fonctionnement social SFQ :

- On a trouvé que les femmes présentaient un score plus élevé aux 3 passations de l'échelle SFQ par rapport aux hommes mais l'association n'était pas significative ($p > 0,05$).
- Les sujets mariés présentaient des scores plus élevés à l'échelle SFQ, suivies par les divorcés puis les célibataires avec une association significative à la 3^{ème} passation ($p = 0,04$).
- Les sujets avec une profession régulière présentaient des scores élevés à l'échelle SFQ, suivis par ceux qui ont une profession irrégulière puis les sujets sans profession avec des corrélations significatives pour les 3 passations (p à 0,014 vs 0,022 vs 0,016).
- Les sujets qui habitaient en milieu urbain ont des scores plus élevés aux 3 passations de l'échelle SFQ que ceux en milieu rural, mais les associations n'étaient pas significatives.
- Une corrélation très significative est trouvée entre le niveau d'étude et le score SFQ dans les 3 passations ($p = 0,0001$). Un score élevé du SFQ est

respectivement trouvé chez les sujets avec un niveau d'études en primaire, secondaire, puis universitaire et en lycée.

- On a trouvé également des scores élevés aux 3 passations du SFQ chez les participants qui n'avaient pas d'antécédents personnels et psychiatriques, mais on n'a pas trouvé des corrélations significatives.
- Des corrélations très significatives étaient trouvés entre le diagnostic et le score SFQ ($p = 0,0001$). On a trouvé des scores élevés aux 3 passation du SFQ pour les patients qui avaient un suivi pour un trouble psychiatrique que chez celui des témoins.

**VALIDATION DE L'ECHELLE « SFQ » DU FONCTIONNEMENT SOCIAL EN ARABE DIALECTAL
MAROCAIN : COMPOSANTE QUANTITATIVE.**

Tableau 3 : Facteur prédictifs d'un mauvais fonctionnement social SFQ.

	SFQ					
	1 ^{ère} passation		2 ^{ème} passation		3 ^{ème} passation	
	Score moyen +/- ET	p	Score moyen +/- ET	p	Score moyen +/- ET	p
Sexe		0,19		0,18		0,09
▪ Masculin	9,82 +/- 4,83		10,21 +/-4,79		10,52+/-4,60	
▪ Féminin	10,74 +/-5,00		10,96 +/-4,93		11,42+/-4,41	
Statut marital		0,11		0,09		0,04
▪ Célibataire	9,82+/-4,79		9,92+/-4,74		10,36+/-4,31	
▪ Marié(e)	13,62+/-5,29		13,75+/-5,16		14,50+/-4,99	
▪ Divorcé(e)	10,74+/-2,92		10,96+/-2,91		11,42+/-2,87	
Profession		0,014		0,022		0,016
Régulière	12,54+/-4,24		12,50+/-4,17		12,90+/-4,00	
Irrégulière	11,14+/-4,94		11,42+/-4,91		11,87+/-4,58	
Aucune	10,74+/-5,02		10,96+/-4,97		11,42+/-4,62	
Répartition géographique		0,28		0,31		0,53
▪ Urbain	12,44+/-5,01		12,55+/-4,91		12,33+/-4,64	
▪ Rural	10,74+/-3,53		10,96+/-4,09		11,42+/-3,64	
Niveau d'étude		0,0001		0,0001		0,0001
▪ Primaire	12,42+/-4,61		12,73+/-4,70		13,11+/-4,14	
▪ Secondaire	9,40+/-4,70		9,70+/-4,82		10,83+/-4,92	
▪ Lycée	8,48+/-4,83		8,72+/-4,66		9,10+/-4,32	
▪ Universitaire	10,74+/-3,96		10,96+/-3,76		11,42+/-3,68	
Revenu mensuel		0,62		0,49		0,41
▪ <2000 DH	10,15+/-5,06		10,15+/-4,94		10,76+/-4,66	
▪ 2000 - 10000 DH	9,25+/-4,76		9,50+/-4,81		9,25+/-4,45	
▪ >10000 DH	10,74+/-2,62		10,96+/-2,64		11,42+/-2,06	
Antécédents personnels		0,35		0,35		0,51
▪ Oui	10,52+/-5,28		10,74+/-5,16		11,27+/-4,72	
▪ Non	10,74+/-4,83		10,96+/-4,77		11,42+/-4,54	
Antécédents psychiatriques		0,33		0,38		0,08
▪ Oui	10,56+/-6,06		10,80+/-6,03		11,12+/-5,38	
▪ Non	10,74+/-4,71		10,96+/-4,64		11,42+/-4,37	
Antécédents juridiques		0,08		0,09		0,07
▪ Oui	10,50+/-5,74		10,73+/-5,88		11,19+/-5,71	
▪ Non	10,74+/-4,80		10,96+/-4,71		11,42+/-4,40	
Diagnostic		0,0001		0,0001		0,0001
▪ Trouble psychiatrique	10,74+/-4,64		10,96+/-4,37		11,42+/-4,13	
▪ Témoins	8,10+/-4,57		8,17+/-4,52		8,71+/-4,21	

III. DISCUSSION :

1. ARGUMENTAIRE DU TRAVAIL :

L'évaluation du fonctionnement social demeure indispensable actuellement en psychiatrie, et s'octroie une valeur diagnostique, pronostique et thérapeutique.

Bien qu'il existe plusieurs échelles de mesure dans la littérature, le SFQ à l'avantage d'entré court, complet (couvrant les principaux domaines de fonctionnement social), et robuste avec d'excellentes propriétés psychométriques.

L'échelle de fonctionnement social a été développée pour évaluer la détérioration du fonctionnement social en termes de fréquence des comportements et de satisfaction par rapport à ceux-ci.

La première étape de validation de l'échelle de fonctionnement social a été menée par l'équipe de notre service et s'est intéressée à la traduction et l'adaptation transculturelle du SFQ. Cette étape de validation arabe dialectal proche autant que possible de la version anglaise originale élaborée par Pr Peter Tyrer.

Notre travail constitue la deuxième et dernière étape de la validation d'une échelle indispensable car notre but est de mettre en place une validation quantitative de l'outil d'évaluation du fonctionnement social SFQ qui sera utilisé par les praticiens : les psychiatres, psychologues, spécialistes et médecins généralistes.

2. DISCUSSION DU DEROULEMENT DE L'ETUDE :

Avant d'entamer l'enquête, il était nécessaire de prendre l'accord administrative du directeur de l'hôpital psychiatriques, ainsi que les chefs de service de psychiatrie et d'addictologie, après leur information sur le déroulement et l'objectif de l'étude.

Après avoir obtenu l'accord et estimer le nombre de sujet nécessaire avec les épidémiologistes, l'enquête a pu être entamée. Les 121 participants ont été interrogés un par un, de façon successive, après les avoir mis en confiance, leur avoir expliqué l'objectif de l'étude et obtenu leur consentement oral.

Les qualités psychométriques de l'échelle SFQ sont évaluées pour une population adulte âgée de 18 et 72 ans, composée de sujets contrôles et de patients psychiatriques ayant un suivi ambulatoire. Il doit être souligné que l'échantillon étudié ne prétend pas être représentatif de la population générale, ni de la population consultant les services de psychiatrie publique.

Tous les participants à cette validation ont bénéficié de trois passations faites par deux examinateurs. Entre la première et deuxième passation un intervalle de 5 minutes et avec troisième passation un intervalle de 15 jours. Au cours d'un entretien dans une ambiance calme et respectant l'intimité des participants. Tous les sujets ont bénéficié des trois passations.

Dans des études faites à travers le monde, trois passations ont été administrée chez les sujets recrutés. Ainsi le nombre de participants recruté différait d'une étude à une autre, allant de 186 à 393 participants selon l'étude ^{6 38 19 37}.

3. DISCUSSION DES RESULTATS CONSTATES AVEC CEUX DE LA LITTERATURE :

Des données sociodémographiques des sujets recrutés ont été recueillies, à savoir l'âge, le sexe, statut marital, activité professionnelle, région géographique, niveau d'éducation et antécédents personnels, psychiatriques et juridiques.

3.1. AGE :

L'âge moyen des participants de notre étude était de 32,94 +/- 10,34. Ce chiffre est comparable à celui retrouvé dans les autres études de littérature.

Leur âge était compris entre 18 et 72 ans, cet intervalle est proche de celui trouvé dans les différentes études faites à travers le monde ^{36 37 19}.

Tableau 4 : Comparaison de la répartition des participants en fonction de l'âge dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Moyenne d'âge	Intervalle d'âge
R Nicastro	Suisse	2007	30,5	20 – 70
Youl–Ri Kim	Corée	2015	36,5	17 – 65
Femke Verduim	Rwanda	2014	38,5	16– 68
Notre série	Maroc	2022	32,94	18 – 72

3.2. SEXE :

Parmi les participants, on trouve une prédominance masculine avec 75 hommes, soit 62% et seulement 46 femmes, soit 38%. Ce résultat rejoint celui trouvé dans les études similaires ^{36 37}, exception faite de celui trouvé à Rwanda, où on trouve une légère prédominance féminine avec un pourcentage de 53,94% ¹⁹.

**Tableau 5 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du sexe dans
notre série et dans les études similaires**

Auteur	Pays	Année	Sexe	Sexe féminin
			masculin	
R Nicastro	Suisse	2007	90,7%	9,3%
Youl-Ri Kim	Corée	2015	59,1%	40,1%
Femke Verduim	Rwanda	2014	46,05%	53,94%
Notre série	Maroc	2022	62%	38%

3.3. STATUT MARITAL :

Parmi les 121 participants, on trouve 59,5 étaient célibataires, 33,9% étaient mariés et seulement 6,6% étaient divorcés. Nos résultats rejoignent ceux de l'équipe de Seoul en Corée ³⁷. Dans l'étude menée à Rwanda on trouve une prédominance des mariés avec 61,45% ¹⁹.

**Tableau 6 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du statut
marital dans notre série et dans les études similaires**

Auteur	Pays	Année	Statut marital		
			Célibataire	Marié	Divorcé
Youl-Ri Kim	Corée	2015	53,2%	26,3%	20,5%
Femke Verduim	Rwanda	2014	19,79%	61,45%	18,75%
Notre série	Maroc	2022	59,5%	33,9%	6,6%

3.4. PROFESSION :

La majorité des participants dans notre étude étaient sans profession, soient 52,9%. On trouve que 28,9% avaient une profession régulière et seulement 18,9% avec une profession irrégulière. Ces résultats rejoignent ceux de l'équipe en Corée avec 58,1% sans profession, 40,3% avec une activité régulière et 1,6% avec une activité irrégulière ³⁷. Cependant, on trouve des résultats différents dans la Rwanda avec prédominance des sujets avec profession régulière, soit 83,96% qui travaillent dans majoritairement dans l'agriculture ¹⁹.

Tableau 7 : Comparaison de la répartition des participants en fonction de la profession dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Profession		
			Régulière	Irrégulière	Sans
Youl-Ri Kim	Corée	2015	40,3%	1,6%	58,1%
Femke Verduim	Rwanda	2014	83,96%	13,23%	2,79%
Notre série	Maroc	2022	28,9%	18,9%	52,9%

3.5. REPARTITION GEOGRAPHIQUE :

La majorité des participants à cette étude habitaient en milieu urbain, soit 92,6% et seulement 7,4% étaient du milieu rural.

La répartition géographique n'a été étudiée dans aucune des autres études similaires dans la littérature.

3.6. NIVEAU D'ETUDE :

Parmi les 121 participants 23,1% avaient un niveau d'étude primaire, 21,5% avaient un niveau secondaire, 24,8% avaient un niveau de lycée et 30,6% étaient en cycle universitaire. On trouve des résultats contradictoires dans une étude réalisée au Rwanda ¹⁹, avec un taux de participant qui avaient un niveau primaire estimé à 81,8%.

Tableau 8: Comparaison de la répartition des participants en fonction du niveau d'étude dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Niveau d'etude	
			Primaire	Secondaire ou plus
Femke Verduim	Rwanda	2014	81,8%	18,2%
Notre série	Maroc	2022	23,1%	76,9%

3.7. REVENU MENSUEL :

Parmi les 121 participants, on trouve que la plupart avaient un revenu mensuel moins 2000 dh, soit 75,2%. Cependant, 21,5% avaient un revenu mensuel entre 2000 et 10000dh et seulement 3,3% avaient un revenu mensuel supérieur à 10000 dh.

Dans une étude similaire ¹⁹, on trouve que la plupart des participants avaient un revenu mensuel bas avec 75,2%, ce qui rejoint le résultat trouvé dans notre étude.

Tableau 9 : Comparaison de la répartition des participants en fonction du revenu mensuel dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Revenu mensuel		
			Pauvre	Moyen	Suffisant
Femke Verduim	Rwanda	2014	70,4%	9,41%	20,10%
Notre série	Maroc	2022	75,2%	21,5%	3,3%

3.8. ANTECEDENTS PERSONNELS :

On trouve que parmi les 121 participant à notre étude que 77,7% n'avaient pas d'antécédents personnels et seulement 22,3% qui présentaient des antécédents de maladie (Diabète, HTA, goitre, Asthme et autres)

Les antécédents personnels n'ont été étudiées dans aucune des autres études similaires dans la littérature.

3.9. ANTECEDENTS PSYCHIATRIQUES :

Les 103 participants à notre étude ne présentaient pas d'antécédents psychiatriques, soit 85,1%. On trouve seulement 18 sujets qui présentaient des antécédents psychiatriques, soit 14,9%.

Nos résultats sont similaires à ceux retrouvés dans l'étude de Youl-Ri Kim ³⁷, réalisé en Corée et qui a objectivé des antécédents psychiatriques chez 11,70% des participants.

Tableau 10 : Comparaison de la répartition des participants en fonction des antécédents psychiatriques dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Antécédents psychiatriques
Youl-Ri Kim	Corée	2015	11,70%
Notre série	Maroc	2022	14,90%

3.10. ANTECEDENTS JURIDIQUES :

Parmi les 121 participants, 90,9% n'avaient pas d'antécédents psychiatriques et seulement 9,1% en avaient.

Les antécédents juridiques n'ont été étudiées dans aucune des autres études similaires dans la littérature.

3.11. RESULTATS DE LA VALIDATION :

Les données de toutes les études suggèrent qu'un score de 10 ou plus indique un mauvais fonctionnement social ⁴⁰. Dans notre analyse, les scores moyens des 3 passations du SFQ étaient respectivement 10,74 ; 10,96 et 11,42 ce qui reflète le mauvais fonctionnement social de l'ensemble de la population étudiée. Le coefficient alpha de Cronbach est statistiquement significatif, soit 0,764 et coefficient intra-classe entre 1^{ère} et 3^{ème} passation après 15 jours d'intervalle était de 0,958 avec intervalle de confiance de 95% et des corrélations allant de 0,94 à 0,97.

L'étude menée en Seoul par Youl-Ri Kim, afin de valider la version coréenne du SFQ a montré une bonne cohérence interne (alpha de Cronbach = 0,811) et une bonne fiabilité test-retest ($r = 0,746$). Les patients avec un trouble de la personnalité avaient plus de dysfonctionnement social avec une moyenne du score SFQ à 11,90 que ceux sans trouble de la personnalité avec moyenne du score SFQ à 10,09 ³⁷.

Tableau 11 : Comparaison des scores moyens du SFQ et alpha Cronbach dans notre série et dans les études similaires

Auteur	Pays	Année	Score moyen		Alpha Cronbach
			Population cible	Témoins	
R Nicastro	Suisse	2007	11,8	8,5	0,84
Youl-Ri Kim	Corée	2015	11,90	10,09	0,811
Femke Verduim	Rwanda	2014	12,15	10,68	0,64
Notre série	Maroc	2022	10,94	8,20	0,764

4. Apports et limites du travail :

Notre étude transversale, menée auprès d'une population hétérogène comprenant des patients suivis pour un trouble bipolaire, d'autres suivis pour un trouble d'usage de substance et un groupe témoins nous a permis d'évaluer le fonctionnement social chez cette population et de détecter des facteurs de risques prédictifs d'un mauvais fonctionnement social tout en utilisant un auto-questionnaire anonyme préétabli.

Points forts :

- Cette étude a pu ressortir des résultats descriptifs et analytiques intéressants. Néanmoins, les résultats de ce travail constituent les bases d'un travail à poursuivre et à améliorer pour une étude beaucoup plus approfondie et à long terme.
- A notre connaissance, il n'existe toujours pas d'études marocaines visant à valider et adapter l'échelle du fonctionnement social SFQ, et permettant ainsi d'élaborer un outil d'évaluation du fonctionnement social au contexte marocain et qui sera à disposition des praticiens.
- C'est un outil fiable, rapide et efficace qui s'ajoute au capital international d'adaptation transculturelle et de validation du SFQ.
- Le SFQ a fait preuve d'une excellente fiabilité et validité dans notre étude.

Les limites de notre travail :

- Les SFQ est un questionnaire auto-administré, cependant le problème de bas niveau d'instruction au Maroc a mené les enquêteurs à lire et à expliquer les items aux participants non scolarisés. Ce fait pourrait introduire un biais dans les résultats de l'étude. Toutefois, il n'existe pas de consensus concernant l'administration des questionnaires chez les individus de bas niveau d'instruction.
- Plusieurs patients ont été exclus de notre étude, ce qui pourrait constituer un biais de sélection dans nos résultats.
- Les résultats rapportés par notre étude concernant l'évaluation du SFQ après 15 jours d'intervalle, Le score SFQ de nos patients pourrait évoluer considérablement dans le temps.

Implication à la recherche et à la pratique clinique :

- Le SFQ reste un outil fiable pour collecter le point de vue des patients sur leur fonctionnement social.
- Les résultats de notre étude permettent d'avoir une vision pronostique sur le devenir des patients suivis pour les différents troubles psychiatriques et sur les facteurs prédictifs d'un mauvais fonctionnement social afin de les prendre en charge.
- Un suivi à long terme reste nécessaire pour étudier la progression naturelle de l'échelle SFQ dans le temps.

CONCLUSION

Le SFQ évalue des dimensions proches de celles du SAS-SR et du SASS et possède des caractéristiques psychométriques analogues à ces instruments. Par rapport à ceux-ci, le SFQ présente l'avantage d'être plus bref et simple à interpréter.

Ce travail nous a permis de montrer que la version dialectale arabe marocaine du questionnaire SFQ est valide pour être utilisée dans l'évaluation du fonctionnement social des patients par les différents praticiens. Il se présente comme un outil fiable permettant d'évaluer rapidement et efficacement le fonctionnement social.

Dans une phase ultérieure de validation, il serait intéressant d'étendre l'utilisation du SFQ à d'autres patients adultes souffrant de troubles psychiatriques, neurologiques ou somatiques ainsi qu'à des populations marginalisées. Son application à des groupes d'âge différents (adolescents, personnes âgées) mérite également une réflexion. Enfin, il conviendrait d'examiner sa sensibilité à d'autres types de prises en soins (traitement pharmacologiques, psychothérapies)

RESUME

INTRODUCTION :

Le questionnaire sur le fonctionnement social (SFQ), une échelle d'auto-évaluation de huit éléments (échelle de score de 0 à 24), qui a été développé à partir du programme de fonctionnement social (SFS), un entretien semi-structuré qui a été utilisé principalement avec des patients non psychotiques et qui présente une bonne fiabilité ainsi qu'une bonne validité de construction. Le SFQ a été développé suite au besoin d'une évaluation rapide de la fonction sociale perçue.

A travers ce travail, nous avons élaboré une validation quantitative du SFQ en arabe dialectal marocain. Ce travail constitue la deuxième étape de la validation du SFQ au contexte marocain et il s'intègre dans une stratégie du service universitaire de psychiatrie de Fès de développer les moyens d'évaluation du fonctionnement.

METHODE :

Il s'agit d'une étude prospective, étalée sur une période de 9 mois, du 01 aout 2021 à 30 avril 2022 et a porté sur la description et l'analyse des données recueillies, visant à l'élaboration d'une validation quantitative du SFQ en arabe dialectal marocain selon les recommandations internationales.

Pour cela, on a recruté 120 participants, consentants, repartis en 40 sujets qui n'ont aucun suivi psychiatrique, 40 sujets suivis pour un trouble d'utilisation de substance et 40 sujets suivis pour un trouble bipolaire selon les critères DSM 5 et on a exclu les patients diagnostiqués schizophrènes ou troubles schizoaffectif.

Le recueil des informations a été au cours d'un entretien individuel dans une ambiance calme et respectant l'intimité du patient, et les données de l'interrogatoire ont été colligées sur des fiches d'exploitations préalablement établies dans le but d'analyser les caractéristiques épidémiologiques.

Une première et une deuxième passation ont été faites par le premier et le

deuxième enquêteur à quelques minutes d'intervalle, puis une troisième passation, à 15 jours d'intervalle, par un deuxième enquêteur qui ne connaissait pas les réponses obtenues lors de la première et la deuxième passation.

RESULTATS :

On a recruté 121 participants dans notre étude, dont l'âge moyen des participants était de 39,94 $\pm$ 10,34. On a trouvé dans notre échantillon une prédominance des hommes (62%), des célibataires (59,5%), des sujets sans profession (52,9%) et la majorité habitaient en milieu urbain.

La moyenne de la passation du SFQ à la 1^{ère} passation était 10,74 $\pm$ 4,93, à la 2^{ème} passation était à 10,96 $\pm$ 4,86 et pour la 3^{ème} passation était à 11,42 $\pm$ 4,57.

Ainsi, on trouve que la moyenne aux scores de chaque item allant de 0,94 à 2,00 et des écarts types allant de 0,87 à 1,06. Le coefficient de Cronbach pour les différents items est acceptable, avec une valeur statistiquement significative, soit 0,764.

CONCLUSION :

A travers ce travail transculturelle, on va essayer de juger les propriétés cliniques et psychométrique de l'échelle SFQ dans notre contexte marocain.

ABSTRACT:

INTRODUCTION:

The Social Functioning Questionnaire (SFQ), an eight-item self-report scale (0–24 score scale), which was developed from the Social Functioning Schedule (SFS), a semi-structured interview that has been used primarily with non-psychotic patients and has good reliability as well as construct validity. The SFQ was developed in response to the need for a rapid assessment of perceived social function.

Through this work, we will develop a quantitative validation of the SFQ in Moroccan dialectal Arabic. This work constitutes the second step of the validation of the SFQ in the Moroccan context and it is integrated in a strategy of the university service of psychiatry of Fez to develop the means of evaluation of the functioning.

METHOD:

This is a prospective study, spread over a period of 9 months, from 01 August 2021 to 30 April 2022 and which focuses on the description and analysis of the data collected, aiming at the development of a quantitative validation of the SFQ in Moroccan dialectal Arabic according to international recommendations.

For this purpose, 120 consenting participants were recruited, divided into 40 subjects with no psychiatric follow-up, 40 subjects followed for a substance use disorder and 40 subjects followed for a bipolar disorder according to the DSM V criteria, and patients diagnosed with schizophrenia or schizoaffective disorders were excluded.

The information was collected during an individual interview in a calm atmosphere that respected the patient's privacy, and the data from the interrogation were collated on previously established exploitation forms with the aim of analyzing the epidemiological characteristics.

A first and a second pass were made by the first and the second interviewer at a few minutes' interval, and then a third pass, 15 days apart, by a second interviewer who was not aware of the answers obtained during the first and the second pass.

RESULTS:

There were 121 participants recruited into our study, with a mean participant age of 39.94 ± 10.34 . The sample was predominantly male (62%), single (59.5%), and without occupation (52.9%), and the majority lived in urban areas.

The average SFQ score for the first test was 10.74 ± 4.93 , for the second test was 10.96 ± 4.86 and for the third test was 11.42 ± 4.57 .

Thus, we find that the mean score for each item ranges from 0.94 to 2.00 and standard deviations range from 0.87 to 1.06. The Cronbach's coefficient for the different items is acceptable, with a statistically significant value of 0.764.

CONCLUSIONS:

Through this cross-cultural work, we will try to judge the clinical and psychometric properties of the SFQ scale in our Moroccan context.

ANNEXES

Fiche exploitation

Fiche d'exploitation

Nom et Prénom :

Lieu de résidence (ville) :

Tél :

Sexe : M ☐ F ☐

Age :

Milieu : Urbain ☐ Rural ☐

Profession : Régulière ☐ Irrégulière ☐ Pas de profession ☐

Si Profession, laquelle :

Revenu mensuel : inférieur ou égal à 2000 DH ☐

Entre 2000 et 10000 DH ☐

Supérieur ou égal à 10000 DH ☐

Statut marital : Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐

Veuf(ve) ☐ Célibataire ☐

Niveau d'étude : Primaire ☐

Secondaire ☐

Lycée ☐

Universitaire ☐

Antécédents :

- Personnels : Oui Non

Médico-chirurgicaux ☐ ☐

Si oui, précisez :

Psychiatrique ☐ ☐

Si oui, précisez :

Juridiques ☐ ☐

Si oui, précisez :

Diagnostic (selon le DSM V, échelle MINI) :

استمارة الوظيفة الاجتماعية

عفاك شوف الجمل اللي لتحت و إختار الإجابة لي جاية قريبة من الحالة لي كنتي عليها مؤخرا

أنا راضي على كيفاش كندير شغالي فالخدمة والدار

☐ 0 أغلب الأوقات

☐ 1 يزاف د المرات

☐ 2 مرة مرة

☐ 3 أبدا

كنتوتر (كنتعصب) فشغالي ديال الدار و الخدمة يزاف

☐ 3 أغلب الأوقات

☐ 2 يزاف د المرات

☐ 1 مرة مرة

☐ 0 أبدا

ما عنديش مشاكل مادية

☐ 0 مكاينش مشاكل بالمرة

☐ 1 غي شي مشاكل خفيفة

☐ 2 عندي مشاكل

☐ 3 مشاكل صعبة يزاف

كنلقي صعوبات باش ندير علاقات مع الناس ونحافظ عليها

☐ 3 صعوبات كثيرة

☐ 2 بعض المشاكل

☐ 1 مشاكل مرة مرة

☐ 0 مكاينش مشاكل فمرة

عندي مشاكل فحياتي الجنسية

- مشاكل صعبة ☐ 3
مشاكل متوسطة ☐ 2
مشاكل مرة مرة ☐ 1
مكانش مشاكل فمرة ☐ 0

عندي علاقة مزيانة مع عائلتي وأقرباني

- نعم، أكيد ☐ 0
نعم، غالباً ☐ 1
لا، عندي شي مشاكل ☐ 2
لا، عندي مشاكل صعبة ☐ 3

كنحس براسي بوحدني ومعزول على الناس لخرين

- تقريباً دوماً ☐ 3
يذاق د المرات ☐ 2
ماشي يذاق ☐ 1
أبدأ ☐ 0

كنستمتع بوقت الفراغ

- يذاق ☐ 0
مرة مرة ☐ 1
قليل ☐ 2
أبدأ ☐ 3

**VALIDATION DE L'ECHELLE « SFQ » DU FONCTIONNEMENT SOCIAL EN ARABE DIALECTAL
MAROCAIN : COMPOSANTE QUANTITATIVE.**

Version originale du SFQ

SOCIAL FUNCTION QUESTIONNAIRE

(% of respondents scoring on each item in EMPIRIC study ($n = 4261$) given in brackets)

Please look at the statements below and tick the reply that comes closest to how you have been recently (or in the past two weeks for studies involving repeated measurement)

- | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|---|
| I complete my tasks at work and home satisfactorily. | Most of the time (74) | ☐ | 0 |
| | Quite often (17) | ☐ | 1 |
| | Sometimes (7) | ☐ | 2 |
| | Not at all (2) | ☐ | 3 |
| I find my tasks at work and at home very stressful. | Most of the time (7) | ☐ | 3 |
| | Quite often (12) | ☐ | 2 |
| | Sometimes (47) | ☐ | 1 |
| | Not at all (35) | ☐ | 0 |
| I have no money problems. | No problems at all (51) | ☐ | 0 |
| | Slight worries only (36) | ☐ | 1 |
| | Definite problems (9) | ☐ | 2 |
| | Very severe problems (4) | ☐ | 3 |
| I have difficulties in getting and keeping close relationships. | Severe difficulties (1) | ☐ | 3 |
| | Some problems (6) | ☐ | 2 |
| | Occasional problems (11) | ☐ | 1 |
| | No problems at all (82) | ☐ | 0 |
| I have problems in my sex life. | Severe problems (5) | ☐ | 3 |
| | Moderate problems (5) | ☐ | 2 |
| | Occasional problems (12) | ☐ | 1 |
| | No problems at all (79) | ☐ | 0 |
| I get on well with my family and other relatives. | Yes, definitely (61) | ☐ | 0 |
| | Yes, usually (29) | ☐ | 1 |
| | No, some problems (7) | ☐ | 2 |
| | No, severe problems (3) | ☐ | 3 |
| I feel lonely and isolated from other people. | Almost all the time (67) | ☐ | 3 |
| | Much of the time (15) | ☐ | 2 |
| | Not usually (16) | ☐ | 1 |
| | Not at all (2) | ☐ | 0 |
| I enjoy my spare time | Very much (77) | ☐ | 0 |
| | Sometimes (19) | ☐ | 1 |
| | Not often (3) | ☐ | 2 |
| | Not at all (2) | ☐ | 3 |

BIBLIOGRAPHIE

- [1]. Bosc M. Assessment of social functioning in depression. *Compr Psychiatry*. 2000;41(1):63–69. doi:10.1016/s0010-440x(00)90133-0
- [2]. Bryson G, Bell MD. Initial and final work performance in schizophrenia: cognitive and symptom predictors. *J Nerv Ment Dis*. 2003;191(2):87–92. doi:10.1097/01.NMD.0000050937.06332.3C
- [3]. Tyrer P, Nur U, Crawford M, et al. The Social Functioning Questionnaire: A Rapid and Robust Measure of Perceived Functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265–275. doi:10.1177/0020764005057391
- [4]. *Social Function in Psychiatry: The Hidden Axis of Classification Exposed*. Wrightson Biomedical Publishing; 1993:x, 163.
- [5]. Shapiro R. Bipolar Disorder, Bipolar Depression, Therapy, Scarsdale Psychotherapist. Michael G. Mruz P.C. LCSW, ACSW, MSW. Accessed March 25, 2022. <https://www.michaelmruz.biz/treatment-specialties/depression-therapy/bipolar-disorder/>
- [6]. (PDF) Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. Accessed March 25, 2022. https://www.researchgate.net/publication/229111765_Validation_du_Questionnaire_de_fonctionnement_social_QFS_un_autoquestionnaire_mesurant_la_frequentice_et_la_satisfaction_des_comportements_sociaux_d'une_population_adulte_psychiatrique
- [7]. Becker M, Diamond R, Sainfort F. A new patient focused index for measuring quality of life in persons with severe and persistent mental illness. *Qual Life Res*. 1993;2(4):239–251. doi:10.1007/BF00434796

- [8]. Casey PR, Tyrer PJ, Platt S. The relationship between social functioning and psychiatric symptomatology in primary care. *Soc Psychiatry*. 1985;20(1):5–9. doi:10.1007/BF00595042
- [9]. Marks IM, Connolly J, Muijen M, Audini B, McNamee G, Lawrence RE. Home-based versus hospital-based care for people with serious mental illness. *Br J Psychiatry*. 1994;165(2):179–194. doi:10.1192/bjp.165.2.179
- [10]. Quinton D, Gulliver L, Rutter M. A 15–20 Year Follow-Up of Adult Psychiatric Patients: Psychiatric Disorder and Social Functioning. *The British journal of psychiatry: the journal of mental science*. 1995;167:315–323. doi:10.1192/bjp.167.3.315
- [11]. Leader JB, Klein DN. Social adjustment in dysthymia, double depression and episodic major depression. *J Affect Disord*. 1996;37(2–3):91–101. doi:10.1016/0165-0327(95)00076-3
- [12]. Kager A, Lang A, Berghofer G, et al. Family dynamics, social functioning, and quality of life in psychiatric patients. *European Journal of Psychiatry*. 2000;14:161–170.
- [13]. Schneier FR, Heckelman LR, Garfinkel R, et al. Functional impairment in social phobia. *J Clin Psychiatry*. 1994;55(8):322–331
- [14]. Regnault A, Acquadro C. FDA WORKSHOP Measurement in Clinical Trials: Review and Qualification of Clinical Outcome. *Patient-Reported Outcomes Newsletter*. 2012;47:12–17.
- [15]. Weissman MM. The assessment of social adjustment. A review of techniques. *Arch Gen Psychiatry*. 1975;32(3):357–365. doi:10.1001/archpsyc.1975.01760210091006

- [16]. Sheehan DV, Harnett-Sheehan K, Raj BA. The measurement of disability. *Int Clin Psychopharmacol*. 1996;11 Suppl 3:89–95. doi:10.1097/00004850-199606003-00015
- [17]. Slade M. Routine outcome assessment in mental health services. *Psychological Medicine*. 2002;32(8):1339–1343. doi:10.1017/S0033291701004974
- [18]. Bolton P, Tang AM. An alternative approach to cross-cultural function assessment. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2002;37(11):537–543. doi:10.1007/s00127-002-0580-5
- [19]. Verduin F, Scholte WF, Rutayisire T, Busschers WB, Stronks K. The validation of a social functioning questionnaire in an African postconflict context. *Transcult Psychiatry*. 2014;51(2):228–246. doi:10.1177/1363461513504812
- [20]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders Source Information. Accessed November 15, 2021.
<https://www.nlm.nih.gov/research/umls/sourcereleasedocs/current/DSM4/index.html>
- [21]. McDowell I, Newell C. *Measuring Health: A Guide to Rating Scales and Questionnaires, 2nd Ed*. Oxford University Press; 1996:xix, 523.
- [22]. Platt S. Social adjustment as a criterion of treatment success: just what are we measuring? *Psychiatry*. 1981;44(2):95–112.
doi:10.1080/00332747.1981.11024096
- [23]. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). I. Conceptual framework and item selection. *Med Care*. 1992;30(6):473–483.
- [24]. Weissman MM, Bothwell S. Assessment of social adjustment by patient self-report. *Arch Gen Psychiatry*. 1976;33(9):1111–1115.
doi:10.1001/archpsyc.1976.01770090101010

- [25]. Barrabee P, Barrabee EL, Finesinger JE. A normative social adjustment scale. *Am J Psychiatry*. 1955;112(4):252–259. doi:10.1176/ajp.112.4.252
- [26]. Ethnic density as a buffer for psychotic experiences: findings from a national survey (EMPIRIC) – PMC. Accessed April 8, 2022.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3461446/>
- [27]. Startup M, Jackson MC, Bendix S. The concurrent validity of the Global Assessment of Functioning (GAF). *Br J Clin Psychol*. 2002;41(Pt 4):417–422. doi:10.1348/014466502760387533
- [28]. Federici S, Bracalenti M, Meloni F, Luciano JV. World Health Organization disability assessment schedule 2.0: An international systematic review. *Disabil Rehabil*. 2017;39(23):2347–2380. doi:10.1080/09638288.2016.1223177
- [29]. Reisberg B. Functional assessment staging (FAST). *Psychopharmacol Bull*. 1988;24(4):653–659.
- [30]. Masson E. Validation du Questionnaire de fonctionnement social (QFS), un autoquestionnaire mesurant la fréquence et la satisfaction des comportements sociaux d'une population adulte psychiatrique. EM-Consulte. Accessed April 8, 2022. <https://www.em-consulte.com/article/145410/validation-du-questionnaire-de-fonctionnement-soci>
- [31]. Sheehan KH, Sheehan DV. Assessing treatment effects in clinical trials with the discan metric of the Sheehan Disability Scale. *Int Clin Psychopharmacol*. 2008;23(2):70–83. doi:10.1097/YIC.0b013e3282f2b4d6
- [32]. Morosini PL, Magliano L, Brambilla L, Ugolini S, Pioli R. Development, reliability and acceptability of a new version of the DSM–IV Social and Occupational Functioning Assessment Scale (SOFAS) to assess routine social functioning. *Acta Psychiatr Scand*. 2000;101(4):323–329.

- [33]. Birchwood M, Smith J, Cochrane R, Wetton S, Copestake S. The Social Functioning Scale. The development and validation of a new scale of social adjustment for use in family intervention programmes with schizophrenic patients. *Br J Psychiatry*. 1990;157:853–859. doi:10.1192/bjp.157.6.853
- [34]. Lecomte T, Corbière M, Ehmann T, Addington J, Abdel-Baki A, Macewan B. Development and preliminary validation of the First Episode Social Functioning Scale for early psychosis. *Psychiatry Res*. 2014;216(3):412–417. doi:10.1016/j.psychres.2014.01.044
- [35]. Katz MM, Lysterly SB. Methods for measuring adjustment and social behavior in the community: I. Rationale, description, discriminative validity and scale development. *Psychological Reports*. 1963;13(2):503–535. doi:10.2466/pr0.1963.13.2.503
- [36]. Nicastro R, Zanello A, Merlo MCG, McQuillan A. Caractéristiques psychométriques du questionnaire de fonctionnement social chez des patients borderline. *L'Encéphale*. 2009;35(5):436–442. doi:10.1016/j.encep.2008.06.003
- [37]. Social Function in Patients with Personality Disorder Diagnosed by Single Dimensional Severity Using Korean Version of Social Functioning Questionnaire. Accessed April 23, 2022. <https://jknpa.org/search.php?where=aview&id=10.4306/jknpa.2015.54.4.523&code=0055JKNA&vmode=PUBREADER>
- [38]. Tyrer P, Nur U, Crawford M, et al. The Social Functioning Questionnaire: a rapid and robust measure of perceived functioning. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51(3):265–275.

- [39]. Remington M, Tyrer P. The social functioning schedule — A brief semi-structured interview. *Soc Psychiatry*. 1979;14(3):151–157.
doi:10.1007/BF00582182
- [40]. Nur U, Tyrer P, Merson S, Johnson T. Social function, clinical symptoms and personality disturbance. *Ir J Psychol Med*. 2004;21(1):18–21.
doi:10.1017/S0790966700008090
- [41]. Tyrer P, Merson S, Onyett S, Johnson T. The effect of personality disorder on clinical outcome, social networks and adjustment: a controlled clinical trial of psychiatric emergencies. *Psychol Med*. 1994;24(3):731–740.
doi:10.1017/s0033291700027884
- [42]. Tyrer P, Evans K, Gandhi N, Lamont A, Harrison-Read P, Johnson T. Randomised controlled trial of two models of care for discharged psychiatric patients. *BMJ*. 1998;316(7125):106–109.
- [43]. Streiner DL, Norman GR, Cairney J. *Health Measurement Scales: A Practical Guide to Their Development and Use*. Oxford University Press Accessed March 21, 2022.
<https://oxfordmedicine.com/view/10.1093/med/9780199685219.001.0001/med-9780199685219>