

# **La dynamique familiale des patients schizophrènes**

## **The family dynamics of schizophrenic patients**

*DALI Linda, Enseignante Vacataire, Université de Bejaia*  
*DJENANE Nardjessa, Master en Psychologie, Université de Bejaia*  
*MADI Amazigh, Master en psychologie, Université de Bejaia*

### **Résumé**

La présente recherche porte sur la « dynamique familiale des patients schizophrènes ». Elle s'est déroulée au CHU – Frantz Fanon de Bejaia, auprès d'un groupe de recherche constitué de six patients schizophrènes hospitalisés au service psychiatrique et de leur proche famille. Nous avons adopté une démarche clinique, celle de l'étude de cas et utilisé trois principaux outils : l'entretien semi-directif, le génogramme et le test du Five Minutes Speech Sample. Cette recherche tente d'apporter une contribution à l'étude des familles de patients schizophrènes en psychiatrie avec pour objectif de connaître, comprendre et décrire leur fonctionnement et Emotions Exprimées[EE]des familles de schizophrènes . En faisant référence à l'approche systémique, cette étude a révélé pour la totalité de nos cas, la présence d'une dynamique familiale dysfonctionnelle avec un haut niveau d'EE pour 4d'entre eux.

**Mots clefs :** Dynamique Familiale - Schizophrènes - Hospitalisation- Emotions Exprimées - Approche Systémique.

### **Abstract**

This research focuses on the “family dynamics of schizophrenic patients”. It took place at the UHC – Frantz Fanon of Bejaia , with a research group composed of 6 schizophrenic patients hospitalized in the psychiatric ward and their close family. As part of this research, we adopted a clinical approach, the case study and used three tools: the semi-directive interview, the genogram and the test of the Five Minutes Speech Sample. From then on, this research attempts to make a modest contribution to the study of families in psychiatry. The objective of this research was to know, understand and describe the functioning and Expressed Emotions [EE]of the families of schizophrenic patients. Referring to the systemic approach, this study revealed for all of our cases, the presence of a dysfunctional family dynamics with high level of EE for 4 of them.

**Keywords:** Family Dynamics, Schizophrenic, Hospitalized, Expressed Emotions, Systemic approach.

## **1. Introduction**

Le trouble mental le plus répandu et exploré en psychiatrie est sans aucun doute le " trouble du spectre schizophrénique ". Celui-ci toucherait selon l'OMS, environ 50 millions de personnes à travers le monde. Mais malgré sa portée planétaire, cette maladie reste jusqu'à nos jours, méconnue, voire mal interprétée et mal vue. Ce qui fait que le schizophrène doit, en plus de faire face à ses conflits intérieurs, affronter le regard décontenancé de la société qui souvent le considère comme élément de honte et source de déshonneur .Et c'est d'autant plus le cas dans une société telle que la nôtre, "société Algérienne", où foisonnent préjugés, superstitions, analphabétisme, convictions religieuses et où l'importance des apparences et du regard des autres prédominent.

La schizophrénie se caractérise par de sérieux dysfonctionnements aux niveaux cognitif et émotionnel parmi lesquels on retrouve généralement des hallucinations, des délires, un discours et un comportement désorganisés et des émotions inappropriées. La schizophrénie met en cause des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux (Caron, 2006). C'est un trouble grave et généralement chronique qui peut ainsi affecter chaque aspect du fonctionnement quotidien de la personne qui en souffre.

Du côté de sa prise en charge, il y eut à partir des années 50, grâce à l'arrivée des neuroleptiques avec Delay J. et Deniker P., le grand mouvement de désinstitutionalisation des patients psychiatriques. Aujourd'hui, avec un traitement adéquat, les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent relativement vivre des vies productives et jouer un rôle essentiel dans leur communauté. Néanmoins, les soins médicamenteux ne suffisent pourtant pas :

*« Si nous disposons, aujourd'hui, de moyens (hospitalisation et médicaments efficaces) pour réduire le délire, l'agitation ou encore pour résoudre le problème de l'urgence, nous n'avons pas les dispositifs indispensables pour offrir aux sujets – inscrits dans la chronicité de la maladie – un projet à même de lui éviter une évolution vers l'handicap mental et le glissement vers la désinsertion sociale. (...) Rares sont les structures hospitalières qui proposent aux malades hospitalisés durant de longues périodes des activités thérapeutiques qui préparent à la réinsertion sociale. A la sortie, le malade est livré à lui-même »,* fait savoir Boudarene M. dans le mensuel algérien de la santé en janvier 2015. Il est à noter que les rechutes peuvent disparaître pour plus de 80% des schizophrènes après un an de traitement par des neuroleptiques associé à une intervention familiale. Les patients qui connaissent le meilleur pronostic sont en effet ceux qui sont entourés par leur famille, son implication est donc non négligeable.

Cependant, la famille est parfois elle-même victime du désordre mental du patient : de par la charge que son état impose (traitements, soins, attention, ...),et de par la

manifestation de ses troubles (paranoïa, délires de persécution, ...), généralement dirigée vers elle. La symptomatologie et les perturbations du fonctionnement psychosocial de la personne schizophrène peuvent en conséquence entraîner un fardeau très élevé pour l'entourage de personnes atteintes de cette maladie. (Koukia&Madianos, 2005)

Par ailleurs, bon nombre d'études ont incriminé la famille, cas de figure où les parents en général, et les mères plus particulièrement endossent le rôle de coupable pour l'apparition de la maladie chez leur enfant. Nous avons les travaux de Pankow G. qui, en (1977), constate que les parents ont besoin de leur enfant pour se sentir rassurés, pour combler leur manque d'identité. L'enfant est ainsi soumis au désir de la mère, la relation se caractérise par une double contrainte, c'est-à-dire que la mère répond à l'inverse de ce que l'enfant pourrait attendre. Bien avant encore en (1956), Bateson G. évoque un mode de communication intrafamilial fondé sur le paradoxe ou les "doubles contraintes". Selon lui, les mères de futurs patients schizophrènes auraient tendance à donner une double information (ou ordre) contradictoire entraînant un état de confusion chez l'enfant. Le schizophrène serait alors le résultat d'une famille déjà malade. D'ailleurs, Spiegel J.P. émet en (1957) l'hypothèse que le malade est un symptôme de la pathologie familiale et que par conséquent, sa prise en charge en dehors de la famille donne de mauvais résultats. La famille doit être traitée comme une unité bio-sociale, de façon à établir un nouvel équilibre.

En effet, la famille n'est autre que le groupe primaire dans lequel l'être humain est plongé au commencement de son existence. C'est aussi un lieu où des liens se tissent ; les relations, et les interactions qui s'y produisent font de la famille un objet dynamique. Lorsque cette dynamique familiale est apparentée à un membre souffrant, celui-ci représente le symptôme de sa famille. La souffrance psychique née de ce mécanisme devient envahissante et occupe tout l'espace relationnel de la famille, ces interactions pathogènes empêchent celui qui en est victime d'y faire face et peut même altérer tout le système familial.

En vérité, il existe une infinité de familles dont la réalité ne peut être appréhendée qu'au travers d'outils d'évaluation. Découvrir les relations peut aider à mieux comprendre une famille et son fonctionnement. Chaque famille a sa propre dynamique ; elle se manifeste à sa manière. Cette dynamique peut être affectée par de nombreux facteurs, notamment le nombre d'enfants ou la culture de la famille. On peut parler de dynamique familiale psychopathologique des familles qui sont confrontées à toutes sortes de maladies psychiatriques.

**- Famille fonctionnelle ou « Famille saine » ;** « Saine » renvoyant à santé, et il est possible de se représenter la santé d'une famille comme un certain état d'équilibre. Une famille saine peut rencontrer des difficultés, l'état d'équilibre sera alors menacé mais au lieu de le conserver à tout prix (en faisant par exemple comme si tout allait bien), une famille

fonctionnelle sera capable de surmonter ses problèmes en entrant dans une dynamique qui la mènera vers un nouvel équilibre. Il n'y a pas une seule manière d'être une famille saine, chacune trouvant ses propres solutions et son propre modèle. L'approche systémique a permis d'assimiler la famille fonctionnelle à un système en perpétuel recherche d'équilibre : un équilibre dynamique entre stabilité/homéostasie (fermeture) et flexibilité/adaptabilité (ouverture).

- **Famille dysfonctionnelle** ; la famille devient dysfonctionnelle quand elle n'est plus capable d'assumer les changements et quand la rigueur de ses règles l'empêche de s'ajuster à son cycle et au développement de ses membres. Le dysfonctionnement familial est dû à l'incompétence de celle-ci et à l'inaccomplissement de ses fonctions basiques. Les familles qui identifient un membre comme problématique impliquent une structure dysfonctionnelle, caractérisée en général par des limites diffuses ou rigides, par une absence d'alliance parentale, par une incohérence hiérarchique, des conflits entre les différents membres.

Dans la continuité des recherches citées précédemment, notre travail de recherche a été consacré –à une moindre échelle – à l'exploration des interactions au sein des familles de patients schizophrènes en Algérie, soit à la dynamique familiale qui régit ces groupes.

Le déroulement de la recherche à savoir la pré-enquête et l'enquête, s'est déroulée au service psychiatrique du CHU – Frantz Fanon de Bejaia ; service de soins spécialisés qui accueille une population spécifique dont la problématique générale inclut maladie mentale et notion de dangerosité psychiatrique. La majorité des patients rencontrés en ces lieux présentent des troubles psychotiques dont la forme la plus grave se trouve être la schizophrénie. Comme relaté plus haut, ledit trouble, pourtant très répandu, demeure méconnu et obscur et nous avons été très interpellés par les représentations, jugements et négligences manifestés envers les personnes schizophrènes d'une part et leurs familles de l'autre part. Toutefois, très peu de recherches en psychologie clinique portent sur les familles de schizophrène en Algérie ; nous nous sommes donc penchées sur la question :

**Question** : Comment se présente la dynamique familiale des familles ayant un membre atteint de schizophrénie ?

**Hypothèse** : La dynamique familiale chez les familles ayant un membre atteint de schizophrénie est dysfonctionnelle ;c'est-à-dire, constituant un système familial conflictuel et stressant pour ses membres, avec une pauvreté de la communication et un haut niveau d'Emotions Exprimées [EE].

Nos objectifs ont dès lors été de connaître, comprendre et décrire le fonctionnement des familles de patients schizophrènes et ce mettant la famille et le malade sur un seul et même plan de telle manière à déceler et observer le dérèglement qui survient

chez la famille de schizophrène suite à la souffrance de leur proche du fait qu'elle puisse elle-même souffrir ou être vecteur de souffrance.

## **2. Méthodes**

L'étude a eu lieu auprès d'un groupe de recherche constitué de 6 cas, soient 6 patients schizophrènes et leurs familles respectives, sous les regards et conseils avisés des spécialistes du service psychiatrique.

Bien que nous souhaitions réunir la famille proche au complet pour les entretiens groupales, nous avons dû nous contenter de travailler uniquement avec deux ou trois membres de la famille de chaque patient ; membres par qui nous avons tenté d'obtenir le maximum d'informations concernant leurs modes de vie, leurs relations et interactions avec le malade ainsi que le statut et les rôles de chacun au sein de la famille.

Pour des raisons de confidentialité, les noms des patients ont été remplacés par ceux de personnalités historiques partageant certaines caractéristiques avec eux. Notamment, la patiente surnommée Lucrèce Borgia du fait de son étroite relation avec son père et son grand frère ainsi que du reste de la famille aussi sulfureuse que l'originale; le patient Bill Gates du fait de ses études en informatique et sa situation sociale aisée ; Sweeney Todd en raison de son métier de coiffeur/barbier; Charles Darwin pour ses études en biologie; Branwell Brontë, fils unique avec plusieurs sœurs; puis enfin Alfred Douglas surnommée ainsi pour ses traits délicats.

**Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.**

<b>Nom</b>	<b>Âge</b>	<b>Niveau d'instruction</b>	<b>Profession</b>	<b>Situation matrimoniale</b>	<b>Famille proche</b>	<b>Participants (famille)</b>
Lucrèce Borgia	23	1 <sup>e</sup> année moyenne	/	Célibataire	Parents + deux frères	Parents
Bill Gates	22	Terminal [CAP]	/	Célibataire	Mère + 4 sœurs	Mère + sœur
Sweeney Todd	34	2 <sup>e</sup> année lycée	Coiffeur & commerçant	Célibataire	Parents + 2 sœurs + frère	Mère + 2 sœurs
Charles Darwin	26	3 <sup>e</sup> année universitaire	/	Célibataire	Parents + 3 frères + cousine	Parents
Branwell Brontë	28	Moyen	/	Célibataire	Parents + 4 sœurs	Parents + 1 sœur
Alfred Douglas	37	Terminal	Pâtissier	Célibataire	Parents + 2 sœurs + 1 frère	Frère

Pour ce faire, nous avons privilégié l'approche systémique en raison de son pouvoir d'unification et d'intégration (sans pour autant négliger les précieuses contributions des autres approches) et adopté le jargon des psychiatres, influencées par le lieu. Dans ce sens et dans la continuité de la consultation de la revue de la littérature sur le thème traité, nous

avons retenu comme indicateurs de la dynamique familiale à estimer la notion de communication sous forme de langage ou en terme de comportements, notant que la communication est un élément essentiel à l'interaction et donc à la dynamique familiale ; aussi la notion des "*Emotions Exprimées*"[EE], concept particulier désignant l'ensemble des attitudes des proches vis-à-vis du malade et dont l'outil de mesure permettrait d'évaluer le climat émotionnel régnant entre un sujet et un membre de sa famille.

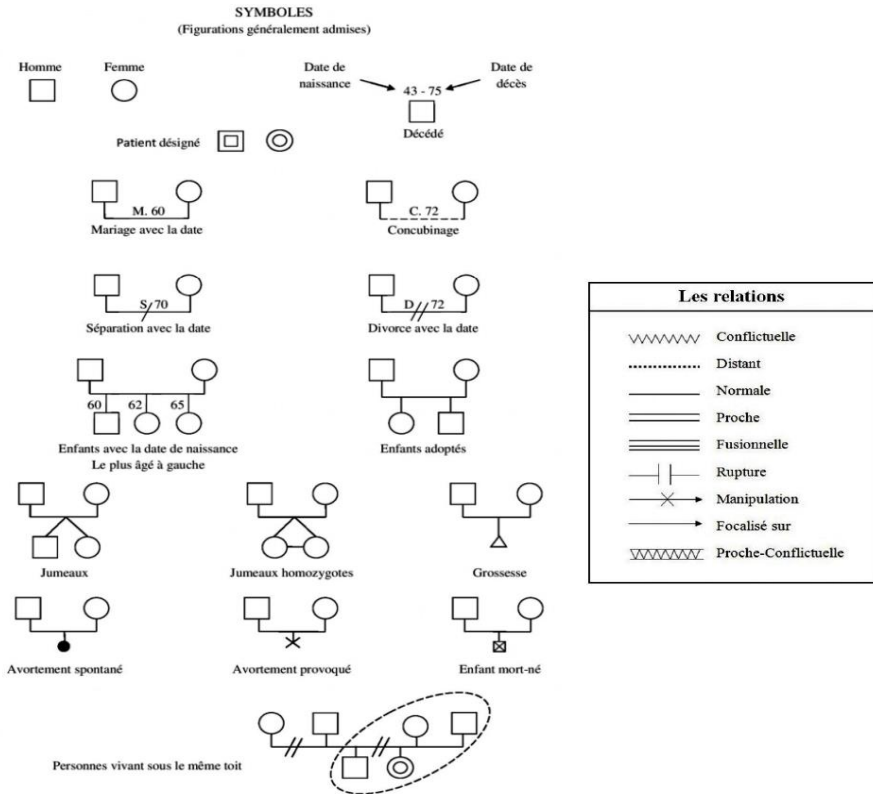
Pour recueillir les informations nécessaires à notre recherche, après avoir eu le consentement éclairé des intervenants, nous avons commencé par la réalisation de l'entretien semi-directif aux patients avec pour consigne : « *Nous allons vous poser quelques questions vous concernant vous et votre famille pour savoir un peu comment ça se passe entre vous et comment vous vivez ensemble* ». La durée de l'entretien varie d'un patient à un autre, ce fut quand même moins long avec certains patients un peu moins bavards, essentiellement pour ce qui a trait à leur maladie. Les détails manquant dans leurs discours ont alors été puisés directement par leurs dossiers médicaux. Notre guide d'entretien a été élaboré en français et traduit en arabe et en kabyle. Les sujets de notre groupe de recherche, patients et familles comprises, ont le plus souvent répondu avec un mélange de français, kabyle et arabe.

L'autre outil phare de notre recherche a été le discours de cinq minutes (*The Five Minutes Speech Sample*, FMSS). Il fut soumis à certains membres des familles des patients dans le but de mesurer l'EE et d'en dégager ainsi les attitudes des proches envers leur malade. Ce test consiste en un enregistrement où le proche parle des pensées et des affectes que lui inspire le patient pendant 05 minutes de manière ininterrompue. L'enregistrement est écouté puis codé en fonction des attitudes critiques et du degré de surinvestissement émotionnel. (Bout, 2015). On analyse à la fois le contenu et le ton de l'échantillon du discours.

Le système comporte quatre catégories : L'énoncé initial ; la relation ; les critiques ; la surimplication émotionnelle. Les deux dernières catégories sont largement fondées sur celles utilisées dans le "*Camberwell Family Interview*"[C.F.I]. Des études ont montré que le F.M.S.S. est fidèle et qu'il donne des évaluations comparables à celles dérivées du C.F.I. (Hendrick, 2002)

Afin de bien illustrer les informations que nous avons obtenues au sujet des familles, nous avons jugé bon d'utiliser la figure du génogramme. Il s'agit d'un graphique représentant une constellation familiale sur plusieurs niveaux générationnels. Il peut donner des informations concernant les noms, les prénoms, la filiation ; il peut également indiquer des dates de naissances, de mariages, de maladies ou de décès. Certains événements particuliers peuvent ainsi ressortir clairement, notamment pour tout ce qui concerne le patient désigné. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

**Figure : Iconographie du génogramme.**



McGoldrick, M. & Gerson, R. (1985). Genograms in family assessment. New York : W.W. Norton and Co.

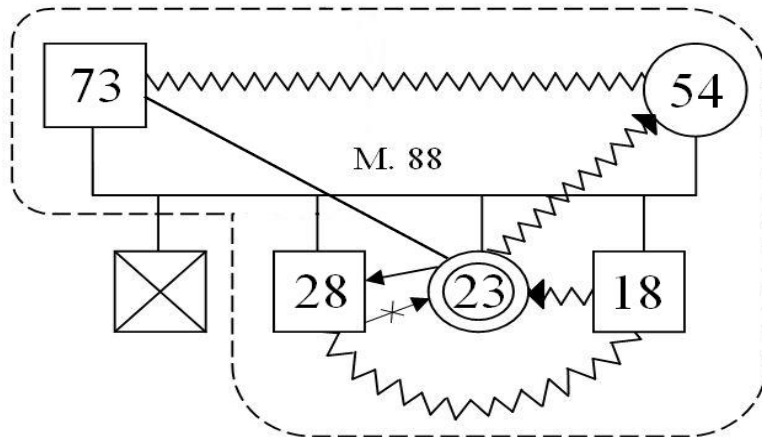
Le génogramme est d'autant plus utile dans la recherche étant donné qu'il nous permet de construire un rapport avec la famille sur la base de solutions aux problèmes spécifiques de celle-ci. Les questions du génogramme vont au cœur des expériences familiales : naissances, maladies, mort et relations chargées émotionnellement. Sa structure fournit un canevas précis pour discuter de toute la gamme des expériences familiales, dépister et soumettre à l'esprit des situations difficiles comme une maladie, des pertes et des conflits. (McGoldrick & Gerson, 1985)

Dans le cas présent, celui-ci a été utilisé afin d'illustrer les informations recueillies lors des entretiens, d'avoir une vue globale sur les familles et de remarquer/décélérer les particularités de chaque système de manière imagée et concise.

### 3. Résultats

#### Cas N°1 : Famille de la patiente « Lucrece Borgia »

Génogramme du cas N°1, la famille Borgia :



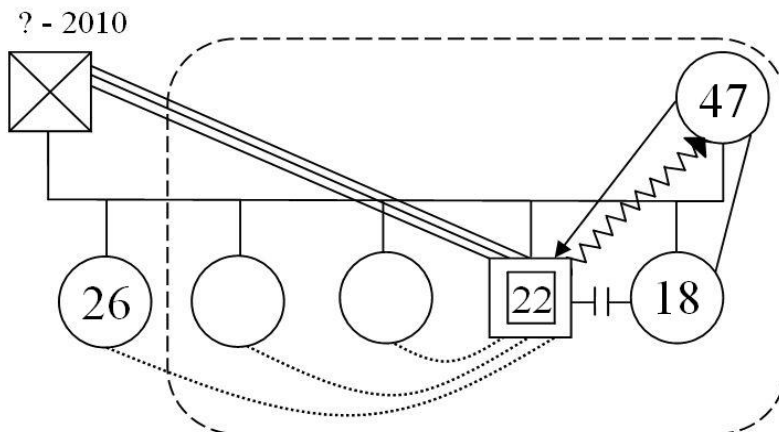
Selon les données obtenues de nos entretiens de recherche semi-directifs avec Lucrece et sa famille, et la passation du test FMSS sur les parents, on remarque la présence de la notion du double lien ou double contrainte (Bateson): On s'est retrouvé avec une maman qui éduque sa fille, dans la visée de la marier (préparant tout le nécessaire) mais qui, en parallèle, lui déconseille de se marier à raison de sa maladie (car selon elle, sa fille risque de se faire "marcher-dessus"). On remarque un couple parental "déviant" (Lidz), avec un père passif qui ne s'investit pas dans l'éducation de ses enfants, et n'acceptant pas la maladie de sa fille, il en altère sa prise en charge. Nous décrivons aussi un grand frère idolâtré par sa sœur mais qui l'influence en mal ; un frère plus jeune, violent envers elle et, en tout, une famille si conflictuelle que cela pousse la patiente à sombrer encore plus dans sa maladie.

Dans le FMSS les parents ont tous deux obtenus un Haut niveau d'EE ce qui n'est pas bon signe quant à l'évolution de la maladie de Lucrece. En effet, nous avons vu que selon les auteurs Leff J. et Vaughn C. (1985) et d'autres encore, que les familles avec de hauts niveaux d'EE sont davantage enclines à l'intolérance, à l'intrusion et à l'utilisation de stratégies inappropriées et rigides pour gérer les difficultés du patient. Comme on le remarque dans cette famille.



Cas N°2 : Famille du patient « Bill Gates »

Génogramme du cas N°2, la famille Gates :



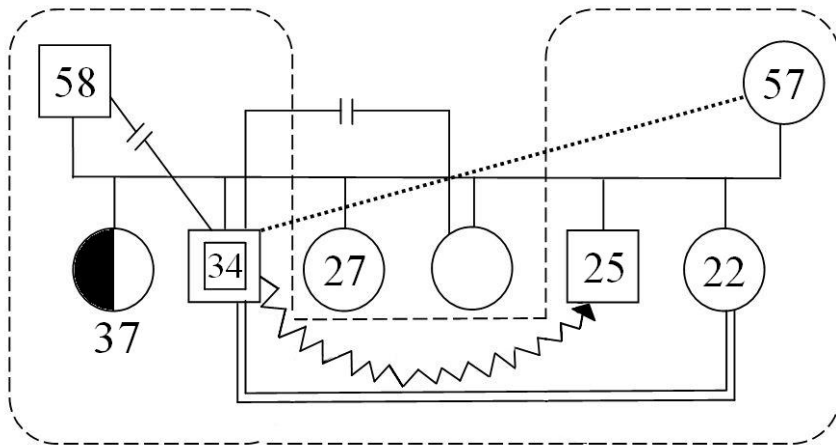
D'après les résultats obtenus à partir de nos trois outils de recherche, la famille Gates semble perturbée notamment par rapport à la mauvaise stratégie de coping qui s'est faite depuis le décès du père (dont il était particulièrement proche), à savoir la responsabilisation précoce du fils unique.

Nous avons constaté la récence de la maladie chez ce jeune patient et son anosognosie. Il est à noter encore une distance apparente qui sépare essentiellement Bill de sa famille. Depuis le début de son récent trouble, il y a eu diminution jusqu'à néant de la communication entre lui et les filles (mère et sœurs). Le patient se trouvait pourtant être proche de sa plus jeune sœur mais plus depuis qu'ils ont grandi et surtout depuis le début de ses troubles. Nous avons observé une mère focalisée sur son fils (avec encore la notion de double bind) ainsi que l'hostilité du fils envers sa mère. Il se trouve aussi que ce foyer partagé entre la France et l'Algérie voit ses membres parfois séparés comme en l'occurrence la fois où Bill s'est retrouvé seul pendant plusieurs mois en Algérie.

Dans le FMSS, on note de la part de la jeune sœur envers son frère une absence de critique et de surimplication émotionnelle, ainsi que la présence de sentiments neutres (du genre "on s'entend assez bien") voire positifs (du genre "nous communiquons facilement et nous passons beaucoup de temps ensemble"). Ce qui a permis d'évaluer un bas niveau d'EE dans cette famille. Ce bas niveau d'EE pouvant surtout témoigner d'une insatisfaction de la famille concernant le malade.

## Cas N°3 : Famille du patient « Sweeney Todd »

Génogramme du cas N°3, la famille Todd :

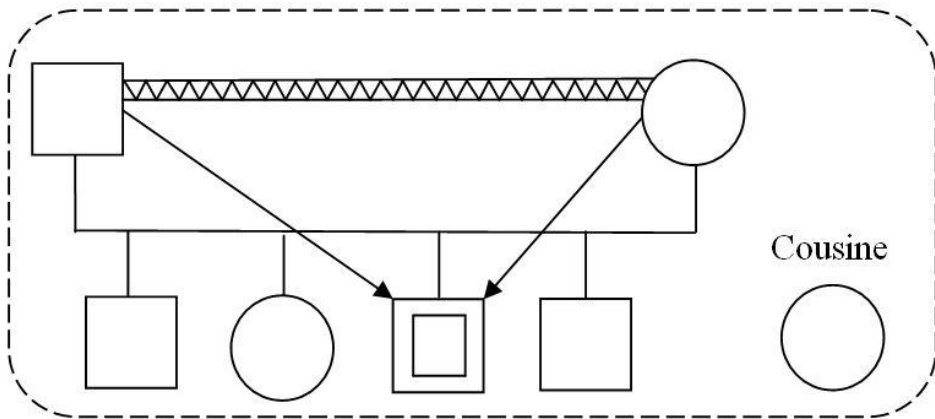


D'après les résultats obtenus par l'utilisation de chacun des outils retenus pour la recherche, la famille Todd présente une dynamique familiale perturbée caractérisée par une incapacité ou refus du réseau familial de répondre au besoin d'attention du patient et une difficulté des membres à communiquer avec le malade dû à la peur qui leur inspire. De son côté, le patient partage peu de chose avec eux et surtout pas avec ses deux parents et son petit frère qu'il dispute et va jusqu'à le menacer. Celui-ci ressent un certain désengagement de la part de sa famille envers lui. Il vit le mariage de ses sœurs comme un abandon mais nie la chose et dit être heureux pour elles.

Dans le FMSS, les parentes du malade ont toutes obtenus un Haut niveau d'EE. Représentant ainsi un engagement émotionnel excessif (dont la peur ressentie à l'égard du proche et d'un autre côté leur souhait de guérison pour lui).

Cas N°4 : Famille du patient « Charles Darwin »

Génogramme du cas N°4, la famille Darwin :



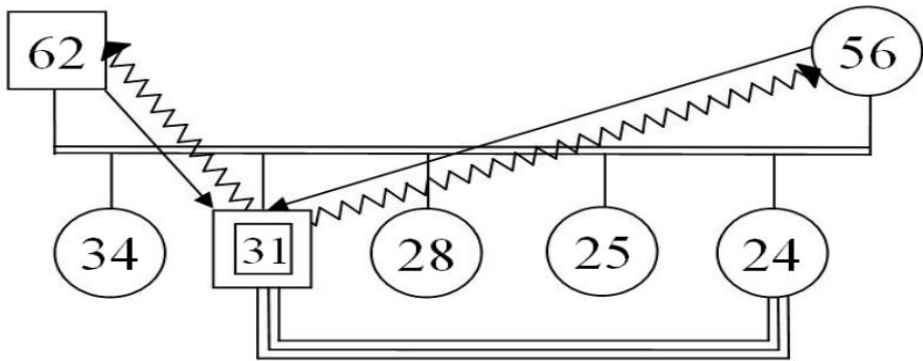
D'après toutes les informations recueillies avec Charles et ses parents, nous apprenons à leur sujet : Tout d'abord que Charles est du genre à s'isoler dans des activités de solitaire (sport/footing) au lieu de se risquer à aller vers les autres ; il n'a pas d'amis. Ensuite que les parents sont là mais décident trop souvent à la place de leur fils et ne l'écoutent pas assez ; la mère est intrusive et le surveille tout le temps.

Nous décrivons des parents proches l'un de l'autre mais qui s'opposent quant à la manière d'aborder et éduquer leur fils. La mère préconisant la manière forte, le père, la manière douce. Il y a des tensions qui règnent dans le foyer, la mère étant plutôt sévère et autoritaire. Pas d'information sur la fratrie mais la relation semble plutôt distante " chacun dans son coin ".

Dans le FMSS les parents ont tous deux obtenus un bas niveau d'EE. En effet les deux parents ont fait paraître une certaine neutralité et beaucoup de calme dans leurs discours.

Cas N°5 :Famille du patient « Branwell Brontë »

Génogramme N°5, la famille Brontë :

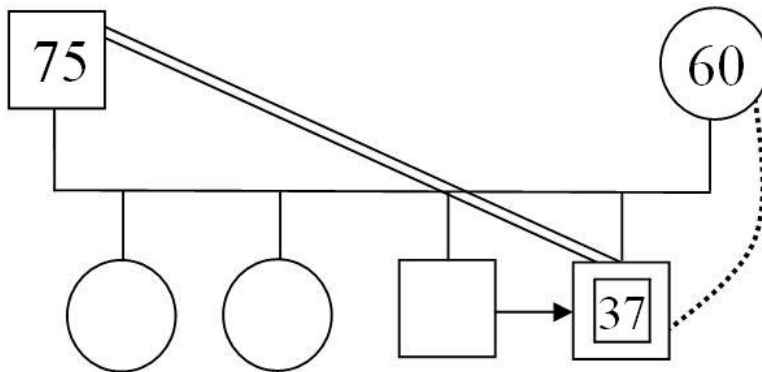


Les résultats de l'entretien avec le patient révèlent son hostilité envers ses parents. Et bien que ses relations soient bonnes avec le reste des membres de la famille, les relations conflictuelles avec ses parents suffisent à instaurer des tensions au sein de la maison. Le statut de " *garçon unique* " dans la famille fait que Branwell occupe une place privilégiée : L'ensemble des membres de la famille lui accorde beaucoup d'attention. Relation fusionnelle avec la plus jeune sœur.

La passation du FMSS à la sœur du patient révèle un haut niveau d'EE chez cette famille.

**Cas N°6 : Famille du patient « Alfred Douglas »**

Génogramme du cas N°6, la famille Douglas :



A la suite des données récoltées à partir des entretiens semi-directifs effectués avec le patient puis son grand frère, on constate chez cette famille que celle-ci manque d'empathie vis-vis de Charles. C'est une famille rigide et traditionaliste qui a tendance à penser et agir à la place du malade (le patient n'a pas son mot à dire concernant son avenir et son mariage). Notant également " l'agitation " du frère à chacune de ses visites à l'hôpital. La communication y est pauvre ; un sentiment d'appartenance fragile (on sent que le patient a une certaine réserve vis-à-vis de sa famille et a du mal à se confier à elle). Le monde extérieur est alors ressenti comme source majeure de satisfaction pour le patient. C'est aussi une famille qui agit et pense à la place du malade. Plus l'obtention d'un haut niveau d'EE dans le FMSS par le proche.

#### **4. Discussion**

Tous les résultats rapportés ci-dessus, nous permettent de constater que la dynamique des familles constituant notre groupe de recherche (à savoir, les familles : Borgia, Gates, Todd, Darwin, Brontë et Douglas) semble dysfonctionnelle. Avec notamment, en plus d'une méconnaissance totale de la pathologie du patient, une pauvreté voire absence de communication, et des relations tendues voire conflictuelles entre les membres des 6 familles. De ce fait, notre hypothèse notifiant la dysfonction de la dynamique familiale des patients schizophrènes fut confirmée.

Nous nous sommes cependant heurtées à un certain nombre d'obstacles, qui nous ont, à un moment ou à un autre, freinées. L'approche choisie en est un : la systémie, car en dépit de la documentation que nous avons consultée, la maîtriser est une chose bien moins évidente. Nous avons également pu constater qu'étudier un système, en l'occurrence la famille, était tout aussi compliqué que de la réunir. Sur nos six cas, nous n'avons réussi à voir ni à nous entretenir avec aucune des familles au complet (nous entendons par là, tous les membres de la maisonnée en relation directe avec le patient schizophrène). Il ne nous fut pas possible de fixer des rendez-vous avec les proches des malades de manière arrangée et avons dû nous entretenir avec eux, quand eux le voulaient bien, et qu'ils acceptaient de nous accorder de leur temps au moment des visites ou lorsqu'ils se présentaient pour les besoins du malade (lui apporter des affaires). Le programme chargé du service ne nous a pas non plus facilité la tâche (nous devons attendre pour qu'une salle se libère pour les entretiens sans pouvoir l'occuper trop longtemps à notre tour). Il nous fallait ensuite attendre que les patients soient dans un état stable et apte à participer. Notons que les patients admis au service le sont justement parce qu'ils ne sont pas au mieux de leur forme ; ils sont perturbés et affaiblis. Beaucoup ne consentent d'ailleurs pas à participer à notre recherche. Hormis le consentement, il y a aussi les séjours à l'hôpital dont les durées varient aléatoirement (plusieurs cas ont quitté l'hôpital alors que nous avions déjà entamé le travail avec eux sans pouvoir jamais le développer). Cela reste toutefois une humble tentative et une première expérience très enrichissante.

Les personnes rencontrées lors de cette recherche, que soit les malades schizophrènes ou leurs proches, tous ignoraient l'existence de cette pathologie et ses particularités. Nous tenons alors à pointer du doigt l'absence de psychoéducation (familiale notamment). Or, l'efficacité de la psychoéducation du patient et de sa famille sur l'observance thérapeutique et le fonctionnement social est aujourd'hui démontrée. Il serait donc réellement bon d'investir dans cette pratique pour diminuer la fréquence des rechutes du patient.

En effet, la schizophrénie ne devrait pas être un sujet tabou, tout le monde gagnerait à ce qu'elle soit mieux médiatisée ; le malade, comme sa famille. La méconnaissance du

trouble entrave sa prise en charge et entraîne des perturbations au sein de la famille du malade d'abord, et de la société à une plus grande échelle.

Pour terminer, notre recherche n'est certes guère représentative mais elle a cependant la prétention d'être authentique. Nous avons tenté d'ouvrir une voie aussi fidèle que possible sur la réalité des familles de schizophrène et leur dynamique en Algérie. Nous ambitionnons sérieusement de poursuivre sur cette lancée et encourageons de surcroît les autres étudiants et chercheurs à explorer la famille plus en profondeur.

## **Bibliographie**

- Caron, S. (2006). Description du suivi thérapeutique d'une personne atteinte de schizophrénie. Thèse. Trois-Rivières, Université du Québec à Trois-Rivières, 159 p.
- Benoit, J. C., Malarewicz, J.-A., Beaujean, J., Colas, Y., & Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris :ESF.
- Boudarene, M. (2016, 10 octobre). *La santé mentale en Algérie*. Mahmoud Boudarene psychiatre et auteur.
- <http://docteurboudarene.unblog.fr/2016/10/10/la-sante-mentale-en-algerie/>
- Bout, A. (2015). *Emotion Exprimée et facteurs associés chez des familles de patients avec schizophrénie : Etude transversale*. Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Maroc.
- Hendrick, S. (2002). Les émotions exprimées : Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 29(2), 139-166.doi:10.3917/ ctf.029.0139.
- Koukia, E., & Madianos, M. G. (2005). The effect of rehabilitation of schizophrenic patients on their family atmosphere and the emotional well-being of caregivers. *The European Journal of Psychiatry*, 19(1), 55–64.
- Mc Goldrick, M., & Gerson, M. (1985). *Génogrammes et entretien familial*. Paris, France : ESF.