

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté Des Sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie
Spécialité : Psychologie clinique

Thème

**La nature de délire chez les personnes atteintes d'un
trouble schizo-affectif**

4 Cas réalisés à la psychiatrie d'Oued Ghir

En vue d'obtention d'un diplôme de Master en psychologie clinique

Réalisé par

-ZAROURI Djedjiga

-BELHAMDI Thanina

Encadré par :

Mr GHOUAS Yacine

Année universitaire

2023/2024

Remerciement

Avant de commencer je remercie Dieu le tout puissant de nous avoir donné la santé et la volonté pour accomplir et réaliser ce travail.

On tient, tout particulièrement, à remercier notre encadreur, Mr GHOUAS Yacine, merci pour votre soutien et votre encadrement tout au long de notre projet, votre expertise, vos conseils avisés et votre patience ont été essentiels à la réussite de notre travail, grâce à vous, nous avons pu acquérir de nouvelle compétence et approfondir nos connaissances, votre disponibilité et vos encouragements ont été d'une grande aide et nous vous en sommes très reconnaissants. Travailler sous votre direction a été une expérience enrichissante, et nous vous remercions sincèrement pour tout ce que vous avez fait pour nous.

Nos remerciements s'adressent également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail.

Je tiens à remercier sincèrement ma binôme, merci pour ton travail et ton engagement tout au long de notre collaboration, ton professionnalisme, ta créativité et ta patience ont été inestimables et ont grandement contribué à la réussite de notre projet. Travailler avec toi a été un véritable plaisir, et j'ai beaucoup appris grâce a nos échanges et à ta vision unique des choses, j'espère que nous aurons l'occasion de collaborer à nouveau à l'avenir.

On souhaite également remercier vivement le responsable des psychologues de l'hôpital Oued Ghir Mr KHIREDINE Amine, également Mme MANSOUR Toukfa et DJEMAOUNE Lyazid qui nous ont encadré et aidé pendant notre stage pratique.

Nous remercions tous ceux ou celles qui ont contribué de près ou de loin pour terminer ce travail.

BELHAMDI Thanina et ZAROURI Djedjiga

Dédicace

Je dédie ce mémoire à Dieu, dont la grâce et la miséricorde m'ont guidé tout au long de ce voyage académique.

Ma chère mère Nedjima , dont l'amour, le soutien et les encouragements ont été une source inépuisable de force et d'inspiration.

Ta patience, ta sagesse et ta foi en moi ont rendu ce parcours possible. Merci pour tout ce que tu fais pour moi.

A mon père Mouloud, ta présence et tes encouragements m'ont été si précieux.

A mon cher frère Mazigh, mon bras droit, mon guide dans les moments d'incertitudes

A mes grands- mères Zohra et Mama tita A mes tantes surtout Kika et Saïda
A mes chers oncles A ma belle famille

A mon héros, mon fiancé Youba

Tu as toujours été là pour moi a me donner de la force, merci pour ton amour inconditionnel.

A mes adorables cousines : Assma, Nouara, Selma, surtout Mélissa qui à étai
s toujours là à mes côtés.

A mes adorables copines : Rima, Célia merci pour votre soutien,

Et Yasmine je voulais te remercier du fond du cœur pour tout ce que tu fais pour moi, je suis tellement heureuse de t'avoir à mes cotées.

Belhamdi Thanina

Dédicace

Je dédie ce travail

Au meilleur grand père Ali qui a cru en moi et m'a aidé dans tous les chemins que je traverse, à ma très chère maman Fatma, mon père Djamel et à mes grandes mères Djazia et Drifa qu'ils trouvent en moi la source de leur fierté qui ne cessent de me donner avec amour le nécessaire pour que je puisse arriver à ce que je suis aujourd'hui.

Que dieu les protège et que la réussite soit toujours à ma portée pour que je puisse vous combler de bonheur.

À ma chère Kenza que j'aime tellement, j'ai de la chance de t'avoir dans ma vie et je remercie en particulier Mamine qui a toujours été là pour moi, merci d'être la douce présence qui illumine ma vie.

À mes tantes Lydia, Aicha, Khoukha, Nouria, Aldja et mes amies zebida, Kamilia et liticia, leur soutien inconditionnel et leur encouragement ont été d'une grande aide.

A mes frères Massinissa, Fouad et Fayçel.

À tous ceux qui me sont chers et aux personnes qui m'ont aidé et encouragé de près ou de loin, qui étaient toujours à mes côtés et qui m'ont accompagné durant mon chemin d'études.

Zarouri djedjiga

Table de matières

Remerciement

Dédicace

Introduction

La partie théorique

Chapitre I :Le cadre méthodologique de la problématique

1. Les raisons du choix du thème	6
2. Les objectifs.....	6
3. La problématique.....	7
4. L'hypothèse	8
5. La définition des concepts clés.....	8
6. Les études antérieures.....	9

Synthèse

Chapitre II : La schizophrénie

Préambule

1. La définition du concept de la schizophrénie.....	14
1-1 La définition étymologique	14
1-2 La définition de la schizophrénie.....	14
2. La définition du concept schizo-affectif	15
2-1 La schizophrénie dysthymique ou schizo-affectif.....	15
3. Le développement et l'évolution de trouble schizo-affectif selon DSM-5.....	16
4. Critères diagnostiques de schizo-affectif selon le DSM-5.....	17
5. L'étiologie de trouble schizo-affectif	19

5-1 Le facteur caractériel	19
5-2 Le facteur biotypologique.....	20
5-3 Le facteur social.....	20
5-4 Le facteur génétique	20
5-6 Le facteur biochimique	21
6. La prise en charge thérapeutique et le traitement de trouble schizo-affectif...	22
6-1 le traitement chimiothérapie	22
6-2 Les psychothérapies individuelles	23
6-3 Les psychothérapies collectives.....	23
6-4 La sociothérapie	24
Synthèse	

Chapitre III: Le délire

Préambule

1. la définition de délire	28
2. L'historique de délire.....	28
3. Les types de délire	29
3-1 Les délires chroniques	29
3-2 Les paraphrénies ou délire imaginatif	29
3-3 Les psychoses hallucinatoire chronique.....	29
4. Les caractéristiques diagnostiques de délire.....	32
5. L'étiologie de délire	32
6. La prise en charge thérapeutique de délire	33
Synthèse	

La partie pratique

Chapitre V : La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

Préambule

Axe 01 :

1- La pré-enquête	37
2. La présentation de lieu de stage	38
2-1 Les conditions de la recherche	40
2-2 le groupe de recherche	40
3. La population mère et l'échantillonnage	41
3-1 Les critères d'inclusions	41
3-2 Les critères d'exclusions	41
3-3 La taille de l'échantillon.....	42
4. La méthodologie de recherche	42
4.1 La méthode descriptive	42
4.2 L'étude de cas.....	43
5. La présentation des techniques de recherche	43
5-1 L'entretien clinique de recherche	43
5-2 Le questionnaire	43

Axe 02:

6. La présentation et l'analyse des données	45
6.1 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient Lyazid	45
6.2 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au	

patient Jugurtha.....	48
6.3 La présentation des données recueillies du guide d’entretien destiné au patient Roumaïssa.....	52
6.4 La présentation des données recueillies du guide d’entretien destiné au patient Mounir	
Conclusion	
Liste bibliographie	
Les annexes	

Introduction

Introduction

Introduction :

L'équilibre mental est un composant essentiel de la santé globale de chaque individu. Elle ne se limite pas à l'absence de troubles mentaux, mais englobe un état de bien-être dans lequel la personne peut réaliser son potentiel, faire face aux stress normaux de la vie, travailler de manière productive et contribuer à la communauté. La promotion de la santé mentale implique des efforts pour améliorer l'accès aux soins, lutter contre la stigmatisation et favoriser le bien-être mental de tous.

La psychose se caractérise par une série de troubles mentaux affectant la pensée, la perception et la cognition, se manifestant par des symptômes positifs (hallucinations, idées délirantes) et négatifs (isolement social, apathie), ainsi qu'une désorganisation du comportement et de la pensée. Cette condition, marquée par une rupture avec la réalité, est présente dans divers troubles mentaux comme la schizophrénie et le trouble bipolaire, ainsi que dans certaines affections neurologiques, métaboliques ou endocriniennes. Dans cette étude, la psychose sera considérée comme une composante des troubles mentaux graves et parfois durables.

Les troubles psychotiques apparaissent généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, soit de manière progressive et insidieuse, soit de façon soudaine et violente. Comme ils se manifestent souvent à un moment crucial de développement personnel, incluant l'identité, les relations sociales et les aspirations professionnelles.

Parmi les nombreux troubles mentaux, le trouble schizo-affectif occupe une place particulière. Ce trouble, également appelé schizophrénie dysthymique ou psychose aiguë schizo-affective, est caractérisé par des épisodes dépressifs et maniaques, souvent simultanés ou alternants.

Introduction

La schizo-affectif se caractérise par des symptômes tels que les hallucinations, les idées délirantes, et la désorganisation du discours et du comportement, persistant pendant au moins un mois.

Le trouble schizo-affectif affecte principalement la cognition et les émotions, manifestant des anomalies auditives, de la paranoïa, des délires, ainsi qu'un langage et une pensée désorganisés. Les symptômes apparaissent généralement au début de l'âge adulte, marquant le début d'un parcours complexe et souvent difficile pour les personnes atteintes.

Le délire, une manifestation symptomatique centrale des troubles schizo-affectifs, soulève des questions fondamentales sur la nature de la réalité et la construction de l'identité. Il se caractérise par des croyances irrationnelles et inébranlables qui ne sont pas fondées sur la réalité. Le délire peut profondément altérer la perception de soi et du monde environnant, rendant difficile pour l'individu de différencier ce qui est réel de ce qui ne l'est pas. Ces croyances délirantes peuvent prendre de nombreuses formes, notamment la paranoïa, les illusions de grandeur, ou les hallucinations.

Ainsi ce mémoire porte deux parties principales dont la première est “la partie théorique” qui contient trois chapitres, dans le premier chapitre “ le cadre méthodologique de la recherche ” dans lequel on a introduit les raisons de choix et les objectifs de notre recherche, la problématique et les hypothèses.

Après avoir présenté le chapitre méthodologique, nous abordons le deuxième chapitre “la schizophrénie” qui est une maladie sévère et chronique qui influence sur la façon de penser, réagir, percevoir et se comporter. Les symptômes peuvent inclure des hallucinations, des délires, une pensée désorganisée, des comportements moteurs anormaux et d'autres troubles chroniques. La schizophrénie nécessite souvent une prise en charge médicale et psychologique continue pour aider la personne à gérer les symptômes et à mener une vie aussi normale que possible. Dès lors son développement et évolution, les facteurs et

Introduction

enfin la prise en charge thérapeutique et on a terminé avec une conclusion.

Après avoir présenté le chapitre schizophrénie, nous abordons le troisième chapitre qui est “le délire”, dont on a présenté qu'es que c'est que, son aperçu historique, les types de délire et ses causes, enfin la prise en charge thérapeutique et on a terminé avec une conclusion.

On a passé à la deuxième partie qui est “la partie pratique”, on a inséré un chapitre la présentation, l'analyse et la discussion des résultats dont on a présenté le lieux de stage qui est l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir, la pré-enquête et l'échantillonnage, la méthodologie de recherche dont on a introduit la méthode de recherche qui est la méthode descriptive et l'étude de cas, ensuite on a expliqué les techniques utilisées dans notre recherche, ensuite la présentation des cas, l'analyse des résultats et enfin la discussions d'hypothèse.

On a mené à bonne fin notre travail de recherche par une conclusion générale.

La partie théorique

Chapitre I

Le cadre méthodologique de la problématique

1. Les raisons du choix du thème :

On a choisi la schizophrénie en raison de l'augmentation notable des cas de cette maladie ces dernières années. Ce sujet nous semble particulièrement pertinent et d'actualité, suscitant un intérêt croissant parmi les professionnels de la santé mentale ainsi que le grand public. En approfondissant la compréhension de la schizophrénie, répondant ainsi à une préoccupation majeure de notre société.

2. Les objectifs :

-Analyser en profondeur la nature du délire chez les personnes atteintes de trouble schizo-affectif.

-Identifier les caractéristiques spécifiques du délire.

-Évaluer l'effet du délire sur la vie quotidienne et le fonctionnement global des individus concernés.

-Chercher sur leur vie relationnelle à fin d'expliquer le trouble schizo-affectif.

-La caractérisation du délire : Comprendre les types de délires les plus courants chez les personnes atteintes de trouble schizo-affectif, tels que le délire paranoïaque, le délire de grandeur ou le délire de persécution, ainsi que leurs manifestations spécifiques.

-Les facteurs déclenchants : Identifier les facteurs de stress, les événements de vie traumatisants ou les perturbations biologiques qui peuvent déclencher ou exacerber les épisodes de délire chez les personnes atteintes de trouble Schizo-affectif.

3. La problématique :

La santé mentale est comme un état de bien-être dans lequel une personne peut se réaliser, accomplir un travail productif et contribuer à la vie de sa communauté. Dans ce sens positif, il est le fondement du bien-être d'un individu et du bon fonctionnement d'une Communauté ». La santé mentale serait donc le moyen de s'épanouir sur le double plan intellectuel et émotionnel, mais aussi de trouver et de tenir sa place dans la vie sociale, scolaire et professionnelle. (Bernard.D, 2019, p7 à 10).

On a parfaitement le droit de ne pas ressentir les choses comme tout le monde mais quand cela commence à interférer avec une série de compétences de base faut commencer à se poser la question de la schizophrénie et d'autant plus si l'on perçoit des sensations ou des phénomènes inhabituels. Cette maladie touche le plus souvent des personnes jeunes, grands adolescents ou jeunes adultes, elle peut mettre des années à se constituer mais survient parfois plus brutalement. Une fois déclaré la maladie évolue habituellement crises successives “ que l'on appelle épisodes psychotiques aigus” entrecoupés de périodes où ça va mieux “ que l'on appelle des rémissions ». On constate le développement progressif d'un handicap psychique et comportemental grandissant, il ne faut donc pas se cacher que la schizophrénie est une maladie préoccupante. (Dr Nicolas.M et all, 2016, p5).

Le trouble schizo-affectif ou la forme dysthymique de la schizophrénie et c'est là toute la question comporte une symptomatologie dissociative et Affective-maniaque, dépressive ou mixte qui évolue sur un mode intermittent et périodique. La plupart des symptômes schizophréniques se retrouvent dans la psychose schizo-affective de façon cyclique : idées délirantes, hallucinations auditives surtout, sentiment de persécution paranoïde et épisodes catatoniques. Les troubles de la pensée sont présents : persévération, barrage, illogisme, pauvreté du discours, néologisme. À ces symptômes dissociatifs s'associent des symptômes maniaques et dépressifs, intriqués à l'épisode dissociatif ou non.

Selon Azorin et al. (2005), les productions des patients schizo-affectifs ne comportent pas la note d'humour et de ludisme des productions maniaques. Certains auteurs séparent clairement les épisodes dissociatifs et les épisodes affectifs, d'autres non. Lemperrière et Féline (1977/1996) précisent qu'entre les cycles, la personnalité apparaît peu profondément altérée et dissociée, mais ce point de vue n'est pas partagé par tous les auteurs, contribution de la psychologie projective à la question de la psychose schizo-affective.

(François.D.C, p 79 à 125)

Le délire est une altération pathologique de la pensée, caractérisée par des croyances fausses ou des idées fixes qui ne sont pas fondées sur la réalité. Ces Croyances persistent malgré des preuves évidentes de leur fausseté.

La nature du délire peut varier considérablement d'une personne à l'autre, mais certaines caractéristiques communes incluent : Inflexibilité et certitude, Incohérence avec les croyances culturelles.

Les délires peuvent être classés en différents types selon leur contenu, comme les délires de persécution (croyance que l'individu est harcelé ou persécuté), les délires de grandeur (croyance en sa propre importance ou pouvoirs exceptionnels), et les délires somatiques (croyances fausses concernant la santé physique).

Quelle est la nature de délire qu'on peut trouver chez une personne atteinte d'un trouble schizo-affectif ?

4. L'hypothèse :

-Le trouble schizo-affectif est marqué par : délire de persécution majeur, sous forme d'accusation de complot.

5. La définition des concepts clés :

-Le trouble schizo-affectif : est un trouble mental combinant des symptômes de

la schizophrénie, tels que des hallucinations ou des idées délirantes, avec des épisodes de dépression ou de manie.

-La définition opérationnelle de trouble schizo-affectif : des difficultés à exprimer leur sentiment, le manque d'affection, la réduction d'émotion, le manque de concentration, non relationnel, dissociatif, des troubles de l'humeur, l'athymie.

-Le délire : est un ensemble de croyances ou d'idées fausses, souvent bizarres ou irrationnelles, maintenues malgré des preuves contraires.

-La définition opérationnelle de délire : irréaliste, le non enchaînement des idées, la diminution de la capacité de perception, l'imagination, trop réfléchir.

-La nature du délire : caractéristiques spécifiques du délire, y compris son contenu, sa forme et son impact sur le comportement et la cognition.

-La définition opérationnelle de la nature de délire : le délire de persécution, le délire systémique, le délire d'interprétation, la mégalomanie.

-Le délire de persécution : est un type de trouble délirant où une personne croit de manière irrationnelle et persistante qu'elle est la cible de menaces, de harcèlement ou de complots malveillants.

-La définition opérationnelle de délire persécution : croyances inébranlables, comportements défensifs, accusation de complot, menace.

6. Les études antérieures :

La prévalence de la schizophrénie dans la population générale est comprise entre 0,2-1,0%. Avant 15 ans, la prévalence est de 0.046 % (0.9/2 000).

Ce qui répond à la définition d'une maladie rare en France ; quelques chercheurs suggèrent une définition plus stricte (avant 13 ans).

Les données actuelles suggèrent plusieurs facteurs de risque épidémiologique

: les complications périnatales (infection maternelle ; hypoxie), un environnement urbain, une migration, une naissance en hiver (avec probablement un effet des infections virales maternelles sur le fœtus), ou d'importants traumatismes psychologiques pendant l'enfance. Pendant l'adolescence, on trouve un début plus précoce avec une consommation et/ou un abus de drogues, et une prévalence élevée en cas de forte consommation du cannabis.

La pathophysiologie de la schizophrénie est inconnue. Les études des jumeaux démontrent que les facteurs génétiques expliquent 60-85% du risque, dont la plupart (selon les études en génétique moléculaire) est due aux effets combinés d'un grand nombre de variantes communs dans la séquence d'ADN du génome qui ont chacun individuellement un effet mineur. Il existe également des variantes très rares avec des effets majeurs sur le risque, y compris des variantes du nombre de copies (« Copy Number Variant », CNVs -- micro délétions ou micro duplications de segments d'ADN) ; ou encore des mutations de novo d'une seule base ou nucléotide (ou d'un petit nombre d'entre elles) de la séquence d'ADN avec un retentissement fonctionnel important. Ces associations impliquent plutôt des gènes qui conduisent au développement et au fonctionnement des synapses [zone située entre deux neurones (ou cellules nerveuses)] assurant la communication des informations d'une cellule à l'autre] dans le système nerveux central.

Une autre piste de recherche suggère que la schizophrénie serait le stade final de processus neuro-développementaux anormaux. Les neurosciences mettent en évidence que durant l'adolescence, il existe une réorganisation cérébrale majeure qualifiée de « maturation ». Durant cette maturation, qui débute aux alentours de 12-14 ans intervient un nouvel élagage synaptique avec perte neuronale (Perte de substance grise), mais chez les enfants avec schizophrénie la perte de substance grise est fortement accentuée.

En accord avec ce modèle et avec les résultats des associations génétiques entre la schizophrénie et des gènes des voies synaptiques, les schizophrénies à

début précoce se caractérisent par la présence plus fréquente d'anomalies Pré-morbides neuro-développementales comme une plus grande fréquence de déficience intellectuelle, d'intelligence limite, de retards simples psychomoteurs ou de langage, de troubles de l'acquisition de la coordination et des apprentissages. Il y a également un chevauchement entre des facteurs génétiques moléculaires (communs ou rares)

associés à la schizophrénie et aux troubles du spectre autistique et/ou à la déficience intellectuelle. (David.C, 2022, p6)

Nous avons remarqué pendant notre stage une interaction des facteurs génétique, environnementaux, psychosociaux des malades, qui interagissent de manière complexe.

- Tous les cas ont un membre de la famille atteint de schizophrénie (facteur génétique)
- Romaissa et lyazid ont vécu des expériences traumatisantes et des événements de vie stressants. (Facteur psychosociaux).
- lyazid est un consommateur d'alcool (consommation de substance).

Synthèse :

Afin de mener à bien notre recherche, nous avons concentré nos efforts sur le chapitre méthodologique. Notre objectif était de suivre des démarches appropriées et pertinentes pour atteindre nos objectifs, qui portent sur la nature de délire chez les personnes atteintes d'un trouble schizo-affectif.

Chapitre II

La schizophrénie

Préambule :

La relation fusionnelle entre le schizophrène et sa mère est centrale dans ses troubles affectifs. Bien que cette relation lui soit indispensable, l'intrusion constante de la mère le persécute. Le schizophrène souffre d'un manque d'identité propre et se sent menacé de destruction, vivant une sensation de non-existence. Les désirs incestueux envers la mère et le désir de tuer le père, bien que rarement réalisés, existent parfois. Ces fantasmes terrifiants ne peuvent être évacués qu'en les projetant à l'extérieur, sur autrui et sur le monde, et ils reviennent sous forme d'idées délirantes de persécution. Toutes ses relations avec les autres sont marquées par la projection et l'ambivalence, où passions et haines se manifestent de manière incohérente et délirante envers son entourage, rapidement inversées en leur contraire, suivies d'une indifférence protectrice. (Guy.B, 2005, p178).

Les troubles affectifs, également connus sous le nom de troubles de l'humeur, sont des conditions psychiatriques caractérisées par des perturbations de l'humeur prolongées et intenses. Ces troubles affectent profondément les émotions, les pensées, et le comportement des individus, et peuvent altérer considérablement leur fonctionnement quotidien. Les principaux types de troubles affectifs incluent la dépression majeure, le trouble bipolaire, et le trouble dysthymie.

Le trouble schizo-affectif est une condition complexe qui combine des symptômes de la schizophrénie et d'un trouble de l'humeur, tels que la dépression ou le trouble bipolaire. Ce trouble unique et profondément troublant affecte la perception de la réalité, les émotions et les pensées d'une personne. Les personnes atteintes de ce trouble peuvent faire l'expérience de délires, d'hallucinations, de changements d'humeur extrêmes et de difficultés à maintenir une pensée cohérente.

Ce qui rend le trouble schizo-affectif si complexe, c'est la coexistence de ces deux dimensions : les symptômes de la schizophrénie, qui impliquent souvent une perte de contact avec la réalité, et les symptômes d'un trouble de l'humeur, qui peuvent entraîner des fluctuations extrêmes entre des états dépressifs et maniaques. Cette combinaison unique de symptômes rend le diagnostic et le traitement du trouble schizo-affectif un défi pour les professionnels de la santé mentale.

Il est important de souligner que chaque individu atteint de trouble schizo-affectif est unique, avec des expériences et des symptômes qui leur sont propres. Les approches de traitement peuvent varier en fonction des besoins individuels, mais elles incluent souvent une combinaison de médicaments, de psychothérapie et de soutien social.

1. La définition du concept de la schizophrénie :

1-1 La définition étymologique :

Le terme schizophrénie trouve ses origines dans le grec, avec “schizein” signifiant “l’âme” ou “l’esprit”. Eugen Bleuler est l’architecte de ce concept, définissant la schizophrénie comme un ensemble de troubles mentaux chroniques caractérisés par une perte de cohérence du comportement. (Azoulay.C et Chabert.C , 2005.p53).

1-2 La définition de la schizophrénie :

La schizophrénie est un trouble médical grave et chronique qui perturbe le système de transmission des messages dans le cerveau. La personne atteinte de schizophrénie perd la capacité d'agir correctement et de penser clairement; elle « perd contact avec la réalité » (le mot grec skhizein signifie « fendre » et le mot grec phrên signifie « esprit »). Le terme schizophrénie ne désigne pas le trouble de personnalité multiple.

La schizophrénie touche environ 1 % de la population mondiale. Elle peut se manifester pour la première fois pendant l'enfance, mais, le plus souvent, elle

survient vers la fin de l'adolescence ou dans la vingtaine. Bien qu'elle touche les hommes et les femmes de façon égale, l'âge moyen à l'apparition de cette maladie est légèrement moins élevé chez les hommes.

<https://ressourcessante.salutbonjour.ca/condition/getcondition/schizophrénie>.

2. La définition du concept schizo-affectif :

2-1 La schizophrénie dysthymique ou schizo-affectif :

Le trouble schizo-affectif, également connu sous le nom de schizophrénie dysthymique ou psychose aiguë schizo-affective, se caractérise par la présence de plusieurs épisodes dépressifs ou une combinaison d'épisodes dépressifs et maniaques.

Le terme "psychose schizo-affective" a été introduit en 1933 par le psychiatre américain Jacob Kasanin pour décrire une maladie psychotique épisodique avec des symptômes affectifs dominants. Il a été influencé par les explications psychanalytiques d'Adolf Meyer. Kasanin avance que la psychose schizo-affective résulte de conflits émotionnels et propose une analyse visant à prévenir la récurrence de ces troubles, basée sur l'étude de neuf individus.

La schizophrénie dysthymique affecte principalement la cognition et les émotions. On observe fréquemment des anomalies auditives, des manifestations de paranoïa, des délires, ainsi qu'un langage et une pensée désorganisés. Les symptômes apparaissent généralement au début de l'âge adulte. **(Bennour, A et Allaoua, R,2013-2014, p36)**

2-2 La définition de trouble schizo-affectif :

Le terme « schizo-affectif » est comme un sous-type de schizophrénie, puis comme un trouble distinct. Il décrit une forme de « psychose affective » associant des symptômes de la schizophrénie et des symptômes thymiques (maniaques et/ou dépressifs). Les troubles schizo-affectifs sont considérés par certains auteurs comme une forme frontière entre les schizophrénies et les troubles affectifs avec

caractéristiques psychotiques, avec des délimitations cliniques floues. Pour d'autres, ils constitueraient une entité clinique à part entière telle que proposée dans les classifications nosographiques internationales. (Bruno.E,2019, p130).

3. Le développement et l'évolution de trouble schizo-affectif selon DSM-5 :

Le trouble schizo-affectif a tendance à se manifester chez les jeunes adultes, bien que ses premiers symptômes puissent apparaître à tout moment, de l'adolescence à un âge plus avancé. Il est fréquent que des personnes ayant reçu précédemment d'autres diagnostics psychiatriques se voient finalement diagnostiquer un trouble schizo-affectif lorsque les symptômes liés à l'humeur deviennent plus évidents. Il est également possible que le diagnostic initial de trouble schizo-affectif soit modifié ultérieurement en raison de l'atténuation des symptômes liés à l'humeur, conformément aux critères actuels.

En ce qui concerne le pronostic, le trouble schizo-affectif a généralement un meilleur pronostic que la schizophrénie, mais un pronostic moins favorable que les troubles de l'humeur.

L'évolution du trouble schizo-affectif peut varier d'une personne à l'autre. Une modalité d'évolution caractéristique est la suivante : une personne peut présenter des hallucinations auditives intenses et un délire de persécution pendant 2 mois avant le début d'un épisode dépressif caractérisé. Les symptômes psychotiques et l'épisode dépressif peuvent ensuite coïncider pendant 3 mois, puis la personne se rétablit complètement sur le plan de l'humeur, tandis que les symptômes psychotiques persistent encore pendant 1 mois avant de disparaître à leur tour.

Pendant cette période, les symptômes de la personne ont rempli à la fois les critères d'un épisode dépressif caractérisé et le critère A de la schizophrénie. Les hallucinations auditives et les idées délirantes étaient présentes à la fois avant et après la phase dépressive, et cela a duré environ 6 mois. Les symptômes

psychotiques étaient présents de manière isolée pendant les 2 premiers mois, puis les symptômes dépressifs et psychotiques ont coexisté pendant les 3 mois suivants, avant que les symptômes psychotiques ne se manifestent de manière isolée pendant le dernier mois. Le fait que la durée de l'épisode dépressif soit significative par rapport à la durée totale des symptômes psychotiques permet de poser le diagnostic de trouble schizo-affectif.

Il est important de noter que l'expression des symptômes psychotiques peut varier au

Au cours de la vie. Les symptômes dépressifs ou maniaques peuvent apparaître avant le début des troubles psychotiques, pendant les épisodes psychotiques, pendant les périodes résiduelles et après la fin des manifestations psychotiques. Par exemple, une personne peut présenter des symptômes liés à l'humeur en premier plan pendant une phase prodromique de la schizophrénie. Cependant, cela ne signifie pas nécessairement qu'il s'agit d'un trouble schizo-affectif. (Guy.B, 2005, p127)

4. Critères diagnostiques de schizo-affectif selon le DSM-5:

A. Période ininterrompue de maladie pendant laquelle sont présents à la fois un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque) et le critère A de schizophrénie.

N.B.: En cas d'épisode dépressif caractérisé, le critère A1 (humeur dépressive) doit être présent.

B. Idées délirantes ou hallucinations pendant au moins 2 semaines sur toute la durée de la maladie, en dehors d'un épisode thymique caractérisé (dépressif ou maniaque).

C. Les symptômes qui répondent aux critères d'un épisode thymique caractérisé sont présents pendant la majeure partie de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.

D. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques directs d'une

substance (p. ex. une substance donnant lieu à un abus, un médicament) ou à une autre affection médicale.

Spécifier le type:

295.70 (F25.0) Type bipolaire: Ce sous-type est retenu lorsqu'un épisode maniaque fait partie du tableau clinique. Des épisodes dépressifs caractérisés peuvent aussi être observés.

295.70 (F25.1) Type dépressif: Ce sous-type est retenu lorsque seuls des épisodes dépressifs caractérisés font partie du tableau clinique.

Spécifier si:

Avec catatonie

Spécifier si:

Les spécifications de l'évolution suivantes doivent exclusivement être utilisées après au moins un an de maladie et si elles ne sont pas en contradiction avec le critère d'évolution de la maladie.

Premier épisode, actuellement en phase aiguë: Premières manifestations d'un trouble répondant à la définition en termes à la fois de symptômes diagnostiques et de période de temps. Un épisode aigu désigne une période durant laquelle les critères symptomatiques sont remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission partielle: Une rémission partielle désigne une période durant laquelle une amélioration s'installe durablement après un épisode antérieur et durant laquelle les critères du trouble sont seulement partiellement remplis.

Premier épisode, actuellement en rémission complète: Une rémission complète désigne une période durant laquelle, après un épisode antérieur, aucun symptôme spécifique du trouble n'est plus présent.

Épisodes multiples, actuellement en phase aiguë: Cette mention peut être retenue après au moins deux épisodes (c.-à-d. après un premier épisode, une rémission et au moins une rechute).

Épisodes multiples, actuellement en rémission partielle Épisodes multiples,

actuellement en rémission complète

Continu: Les symptômes remplissant les critères cliniques du trouble persistent durant la majeure partie de l'évolution, les périodes infra cliniques n'occupant qu'une très faible durée de l'évolution totale.

Non spécifié :

Spécifier la sévérité actuelle :

La sévérité est évaluée à travers une quantification des principaux symptômes psychotique, dont les idées délirantes, les hallucinations, un discours désorganisé, un comportement psychomoteur anormal et des symptômes négatifs. L'intensité actuelle de chacun de ces symptômes (en prenant compte l'intensité la plus sévère au cours des 7 derniers jours) peut être évaluée par une échelle de 5 points allant de 0 (absent) à 4 (présent et grave). (Cf. dans le chapitre <<< Mesures d'évaluation >>> l'évaluation dimensionnelle de la sévérité des symptômes psychotiques par le clinicien.)

N.B.: Le diagnostic de trouble schizo-affectif peut être posé sans spécifier la sévérité.

N.B.: Pour des informations supplémentaires sur le développement et l'évolution (facteurs liés à l'âge), les facteurs de risque et pronostiques (facteurs de risque environnementaux), les questions diagnostiques liées à la culture et les questions diagnostiques liées au genre, se référer aux parties correspondantes dans les chapitres concernant la schizophrénie, les troubles bipolaires I et II et la dépression caractérisée.

5. L'étiologie de trouble schizo-affectif :

5-1 Le facteur caractériel :

Il est reconnu que près de la moitié des personnes atteintes de schizophrénie manifestent des traits de personnalité schizoïde avant l'apparition de la maladie.

La personnalité schizoïde est une configuration caractérielle pathologique caractérisée par les éléments principaux suivants : retrait sur soi-même, isolement

social, perte des interactions sociales, inhibition, impulsivité, propension à l'abstraction, à la rêverie et aux comportements bizarres, esprit systématique et rationalisme morbide. (Hanus.M, 1981, p.69)

5-2 Le facteur biotypologique :

- 47 % des personnes atteintes de schizophrénie sont de type leptosome (grandes et minces).
- 24 % présentent un type dysplasique.
- 17 % sont de type athlétique.
- 3 % des schizophrènes sont de type pycnique (biotype généralement associé à la psychose maniaco-dépressive). (Hanus.M, 1981, p.69)

5-3 Le facteur social :

La schizophrénie est plus fréquente dans les milieux sociaux défavorisés, ce qui peut s'expliquer en partie par la dissociation progressive des schizophrènes.

L'isolement social avec repli sur la cellule familiale, les migrations et le déracinement sont reconnus comme des facteurs favorisant son développement.

La schizophrénie affecte toutes les races ; le contexte culturel ne fait que modifier l'expression sémiologique de la maladie. (Hanus.M, 1981, p.69)

5-4 Le facteur génétique :

Pendant longtemps, et encore aujourd'hui pour certains, la schizophrénie a été considérée comme une maladie héréditaire. Malgré de nombreuses enquêtes statistiques, cette hypothèse n'a pas été pleinement confirmée. Cependant, il est établi que les membres de la famille d'une personne atteinte de schizophrénie ont un risque

plus élevé de développer la maladie par rapport à la population générale. De plus, la concordance entre les jumeaux monozygotes est plus élevée que celle entre les

jumeaux dizygotes, ce qui suggère un lien génétique. Cependant, il est important de noter que ces enquêtes sur la morbidité ne peuvent pas exclure l'influence possible de l'environnement. Ainsi, si la schizophrénie est plus fréquente dans certaines familles, cela peut être dû à des facteurs héréditaires, mais aussi aux déficiences psychologiques présentes dans le milieu familial. (Hanus.M, 1981, p.70)

5-6 Le facteur biochimique :

Les recherches biochimiques les plus prometteuses se concentrent actuellement sur deux axes :

*** Les syndromes schizophréniques :**

Induits par l'utilisation de drogues psychodysléptiques ou onirogènes, dont la structure chimique est similaire à celle de la sérotonine, notamment le LSD. Cependant, il semble que ces syndromes ne se manifestent que chez certains individus prédisposés, en particulier ceux présentant des traits schizoïdes.

*** Les perturbations des médiateurs chimiques cérébraux :**

Malgré de nombreuses recherches, aucun résultat définitif n'a encore été obtenu dans ce domaine. Cependant, une découverte récente particulièrement intéressante est la suivante : 70 % des personnes atteintes de schizophrénie présentent dans leurs urines une amine anormale appelée 3,4-diméthoxy phényl éthylamine (DMPE), qui se révèle par une tache rose en chromatographie. Cette anomalie pourrait s'expliquer par une défaillance de la transméthylation normale chez les personnes schizophrènes. (Hanus.M, 1981, p.70).

6. La prise en charge thérapeutique et le traitement de trouble schizo-affectif :

La prise en charge thérapeutique de la schizo-affectif doit tenir compte de deux aspects essentiels :

- * La chronicité de la maladie, nécessitant une trajectoire thérapeutique à long terme.
- * La nature multidimensionnelle de la pathologie, qui requiert une approche biologique, psychothérapeutique et sociale.

Ainsi, le secteur psychiatrique, issu de la sectorisation des hôpitaux psychiatriques, joue un rôle clé dans le suivi à long terme des patients schizophrènes. Leur vie est souvent ponctuée de ré hospitalisations, de soins ambulatoires par l'équipe du secteur, de prises en charge en hôpital de jour ou centres d'accueil, ainsi que de séjours dans des établissements psychothérapeutiques spécialisés ou des structures de réinsertion socioprofessionnelle. (Guy.B, 2005, p190).

6-1 le traitement chimiothérapie :

Les neuroleptiques sont essentiels dans le traitement de la schizophrénie : les sédatifs calmant l'agitation et l'angoisse, les incisifs réduisent le délire, et les désinhibiteurs combattent l'inhibition et le repli autistique.

Bien qu'ils ne guérissent pas définitivement les psychoses chroniques, les neuroleptiques améliorent significativement les symptômes, réduisant la fréquence des phases aiguës. Cependant, ils entraînent de nombreux effets secondaires physiques, nécessitant souvent des médicaments correcteurs, et des effets psychiques indésirables (sédation excessive, perte d'intérêt, effets dépressogènes), provoquant parfois l'arrêt du traitement et des rechutes.

Les neuroleptiques à action prolongée (injections toutes les 2 à 3 semaines)

permettent une meilleure régularité du traitement. D'autres médicaments, tels que tranquillisants, hypnotiques, et régulateurs de l'humeur, peuvent être associés selon les symptômes présents. (Guy.B, 2005, p190).

6-2 Les psychothérapies individuelles :

L'abord psychothérapeutique des schizophrènes est possible grâce à la psychanalyse, qui a élucidé les mécanismes psychotiques, à la chimiothérapie, qui réduit les symptômes et permet une relation, et au mouvement de désaliénation, qui redonne au malade un statut social. Les psychothérapies varient de la simple psychothérapie de soutien aux psychanalyses aménagées et aux psychothérapies d'inspiration analytique, constituant un élément majeur de la prise en charge.

Les thérapies cognitive-comportementales (TCC) visent à modifier les représentations et comportements des malades par des programmes d'auto-observation et de correction des troubles sociaux et comportementaux. Bien que critiquées en France, elles sont largement utilisées dans les pays anglo-saxons et influencent les pratiques comportementalistes inconscientes dans les institutions psychiatriques françaises. (Guy.B, 2005, p191).

6-3 Les psychothérapies collectives :

Les psychothérapies analytiques de groupe utilisent fréquemment des techniques psychodramatiques.

La psychothérapie institutionnelle, développée en France après 1945, est influencée par la psychanalyse et la prise de conscience du caractère aliénant des asiles psychiatriques. Elle critique la rigidité des institutions psychiatriques traditionnelles, introduisant des réunions et des échanges horizontaux ainsi que des activités sociales (clubs thérapeutiques, associations). Cela permet aux patients de devenir acteurs de leur prise en charge et de leur histoire. Bien que le déclin des structures asilaires ait réduit son influence, la psychothérapie institutionnelle reste présente dans de nombreuses institutions dédiées aux

psychotiques chroniques.

Les thérapies familiales sont cruciales en raison des relations pathologiques entre le patient et sa famille. Elles peuvent inclure des entretiens avec les parents, des thérapies familiales systémiques, ou des thérapies familiales psychanalytiques, selon les circonstances et les possibilités. (Guy.B, 2005, p191).

6-4 La sociothérapie :

La lutte contre la désagrégation de la vie psychique et sociale des schizophrènes passe par des interventions ciblant leurs difficultés à s'investir dans le réel et le social. Dans les institutions, diverses activités (de détente, d'expression, de travail), sorties accompagnées, et réunions sont considérées comme des soins.

Pour les patients suivis en ambulatoire, les activités extrahospitalières de secteur visent le même objectif : visites à domicile (pour aider à organiser la vie quotidienne), hôpitaux de jour, centres d'accueil (pour encourager les interactions sociales), appartements thérapeutiques, foyers, et aide à la réinsertion urbaine.

L'aide à la réinsertion professionnelle, bien que marginale, est essentielle. La plupart des schizophrènes ne peuvent réintégrer le marché du travail normal et dépendent souvent de pensions d'invalidité ou d'allocations pour adultes handicapés.

Un réseau de structures, bien que limité, existe pour favoriser cette réinsertion : stages de reclassement professionnel (COTOREP), centres d'aide par le travail, ateliers protégés, et divers établissements et associations de réinsertion professionnelle. (Guy B, 2005, p192).

Synthèse :

Tout problème de santé mentale peut rendre la vie difficile. Vivre avec une maladie comme le trouble schizo-affectif peut être encore plus complexe, car elle

combine les symptômes de deux troubles mentaux distincts.

Ainsi, les personnes atteintes de troubles schizo-affectifs doivent non seulement gérer des symptômes psychotiques tels que des délires et des hallucinations, mais également faire face à des épisodes maniaques ou à des périodes de dépression.

Par conséquent, les individus souffrant de troubles schizo-affectifs sont particulièrement vulnérables aux complications telles que le chômage, les problèmes de santé, l'isolement social et les difficultés relationnelles.

Chapitre III

Le délire

Préambule :

La psychose est une altération profonde du psychisme et de la personnalité, qui n'entraîne pas nécessairement une perte de conscience et se caractérise par des fausses interprétations ou perceptions. Certains délires peuvent être atténués par une immersion subite dans l'eau froide, tandis que d'autres formes de folie, plus lentes, ont été maîtrisées par plusieurs médecins (Cabanis.P.G, 1808, p369).

Comme dans toutes les psychoses, le signe principal est l'apparition d'un délire, marquant une perte de contact avec la réalité. Ce délire est généralement bien structuré autour d'un thème principal, souvent la conviction d'être persécuté. Le malade interprète alors tous les aspects de la vie quotidienne à travers cette croyance, réorganisant la réalité de manière délirante, souvent avec une grande exaltation et une conviction profonde en ses interprétations.

Le délire, en tant que phénomène complexe et fascinant, a captivé l'attention des chercheurs et des professionnels de la santé mentale depuis des siècles. Il soulève des questions fondamentales sur la nature de la réalité et de la cognition humaine. Il peut se présenter sous différentes formes, telles que les délires paranoïaques, les hallucinations sensorielles ou les idées délirantes de grandeur. Cette diversité témoigne de la richesse et de la complexité des processus mentaux impliqués dans les troubles psychiatriques. En explorant les mécanismes sous-jacents du délire, nous pouvons mieux comprendre les dysfonctionnements cognitifs et émotionnels qui accompagnent les maladies mentales, ce qui peut ouvrir la voie à de nouvelles approches de traitement et d'intervention. Cette introduction examinera de plus près les différentes dimensions du délire et leur impact sur la vie quotidienne des individus touchés.

Les délires sont généralement associés à des troubles mentaux ou neurologiques, bien qu'ils ne soient spécifiquement liés à aucune maladie en particulier et puissent survenir dans divers états pathologiques, tant physiques que

mentaux. Toutefois, leur présence revêt une importance capitale dans le diagnostic des troubles psychotiques tels que la schizophrénie, la paraphrénie, les épisodes maniaques du trouble bipolaire et la dépression psychotique.

Le sens clinique des équipes de psychiatrie permet de détecter les variations de comportement annonçant le retour des symptômes chez les patients. Cela permet parfois d'ajuster les traitements médicamenteux avant que les délires et les hallucinations ne deviennent trop alarmants et handicapants.

1. la définition de délire :

Le syndrome de dépersonnalisation se caractérise par une altération de la vie mentale et des modifications corporelles, telles que la dysmorphophobie. Il se manifeste par une sensation délirante de morcellement de soi-même, où le sujet perd son sentiment d'unité. Par rapport à son environnement, le patient ressent l'étrangeté de la réalité et éprouve des difficultés à discerner les frontières entre lui-même et le monde extérieur. Ces changements internes et externes engendrent des niveaux d'anxiété extrêmes pour le sujet. (C.Azoulay et C.Chabert , 2005, p160)

2. L'historique de délire :

Le terme "délire" trouve son origine étymologique dans le latin "delirare", signifiant sortir du sillon ou extravaguer, par opposition à "lirare", qui signifiait tracer des sillons. Son utilisation en français remonte au XVIIe siècle, mais son sens technique n'émerge qu'au XIXe siècle avec le développement de la psychiatrie en tant que discipline autonome. Esquirol est l'un des premiers à tenter de clarifier sa signification. En 1814, il le définit comme un état où les sensations, les idées, les jugements et les déterminations ne sont pas en accord avec les objets extérieurs, entre elles et avec la volonté du sujet. Selon cette perspective, basée sur le sensualisme de Condillac, les sensations sont considérées comme une représentation fidèle du monde extérieur, ce qui implique que la folie résulte d'un mauvais usage des perceptions plutôt que d'un défaut de raison. Falret, en 1864,

complète cette vision en soulignant que l'absence de conscience de son état constitue un élément essentiel du délire.

Ainsi, même les hallucinations et les fantaisies les plus étranges ne sont pas considérées comme du délire si le sujet est incapable de rectifier ses perceptions erronées et ses idées fantastiques. (Jean.C.M, Paris, 2000,p7).

3. Les types de délire :

3-1 Les délires chroniques :

Sont des psychoses persistantes caractérisées par des idées délirantes permanentes, mais avec une perception réaliste de la réalité dans la vie quotidienne. Ils surviennent généralement plus tardivement que la schizophrénie et ne conduisent pas à un déclin cognitif. La personnalité paranoïaque se distingue clairement de la personnalité schizophrénique, justifiant ainsi le maintien des délires chroniques hors du cadre de la schizophrénie. (Guy.B,2005,p193)

A-Les délires chroniques systématisés :

Les délires chroniques systématisés aussi appelés délires paranoïaques, se développent progressivement avec des idées délirantes cohérentes. Ils se manifestent brusquement après une période d'angoisse et de dépersonnalisation, où le sujet interprète la réalité de manière délirante, percevant chaque élément comme une confirmation de ses croyances. Le mécanisme de défense principal est la projection, rendant les délires paranoïaques dangereux en raison de l'exaltation émotionnelle qui les accompagne. (Guy.B,2005,p193)

-la personnalité paranoïaque :

La personnalité paranoïaque se caractérise par la surestimation de soi, l'orgueil pathologique, la méfiance, la susceptibilité, un jugement altéré avec des explications pseudo-logiques et une psychorigidité agressive résultant d'un sentiment d'insuffisance. (Guy.B,2005,p194)

- Les différents types de délires paranoïaques :

***Délires d'interprétation (Sérieux et Capgras):**

Partant d'une croyance fondamentale, souvent de nature persécutrice, le sujet interprète toute la réalité : chaque objet et chaque événement contiennent un sens caché qu'il faut déchiffrer, dans un réseau complexe d'interprétations. (Guy.B,2005,p194)

* **Le délire passionnel :**

Dans les délires systématisés, construits avec une logique rigoureuse, les interprétations se développent en secteurs convergents pour prouver un postulat, et l'atmosphère passionnelle y est maximale.

Le délire de jalousie implique une conviction délirante d'être trompé. Le sujet cherche des preuves et transforme une relation duelle hétérosexuelle en une relation triangulaire en projetant ses pulsions homosexuelles refoulées sur un rival. La haine envers le rival cache souvent des pulsions réprimées, et le sujet peut devenir accusateur et violent envers son partenaire. (Guy.B,2005,p195)

* **Le délire érotomaniaque :**

Les délires d'illusion d'amour consistent à croire que l'on est aimé par une personne inaccessible, et l'échec à obtenir cet amour se transforme en haine, révélant des pulsions inconscientes. Les délires de revendication, quant à eux, sont utilisés par le paranoïaque pour affirmer une supériorité non reconnue, souvent en demandant réparation pour des torts imaginaires ou en défendant passionnément des valeurs, tout en se percevant comme une victime de persécution. (Guy.B,2005,p196)

***Le délire de revendication :**

Les délires de revendication : le paranoïaque, dont la personnalité tout en intransigeance et orgueil s'est bâtie défensivement pour se protéger d'un sentiment

profond d'insuffisance et de fragilité, peut trouver dans le délire de revendication un moyen d'affirmer sa supériorité absolue, mais jamais reconnue. Ainsi, il demande interminablement en justice réparation de torts imaginaires, ou bien il revendique la paternité de découvertes fantasques ou encore il se fait le porteur drapeau solitaire de valeurs morales, politiques ou religieuses (idéalisme passionné). Le délire représente son exigence vitale de reconnaissance de sa valeur, son besoin qu'il lui soit fait justice des frustrations subies. La persécution est toujours présente dans sa mégalomanie : il est seul contre tous, victime d'un complot contre lui et sa cause. (Guy.B,2005,p196)

*** Le délire sensitif de relation ou délire de référence :**

Cette variante des délires paranoïaques est très particulière car sa tonalité diffère considérablement. La persécution ne se manifeste pas par une mégalomanie agressive, mais plutôt par un profond sentiment de dévalorisation dépressif. Les traits de personnalité associés sont diamétralement opposés : timidité, auto dévalorisation, inhibition, soumission... En réalité, le caractère paranoïaque semble agir comme un mécanisme défensif visant à se protéger de la sensibilité sous-jacente en surcompensant ses aspects. (Guy.B,2005,p196).

3-2 Les paraphrénies ou délire imaginatif (ou délire fantastique):

Moins fréquents que les délires chroniques systématisés, ces délires se caractérisent par une imagination délirante débordante et extravagante, qui prend le dessus sur les autres mécanismes délirants tels que les hallucinations ou les interprétations. Les thèmes abordés sont fantastiques, évoquant des scénarios incroyables dignes de contes de fées ou de science-fiction, complètement détachés de toute logique temporelle ou spatiale. (Guy.B,2005,p197)

3-3 Les psychoses hallucinatoires chroniques (P.H.C.):

Ces psychoses chroniques, également peu fréquentes, se caractérisent par l'apparition soudaine d'un syndrome hallucinatoire qui constitue l'essentiel de la

symptomatologie. Les hallucinations sont de nature psychique et psycho-sensorielle, impliquant les sens auditifs, visuels, olfactifs, gustatifs, cénesthésiques et kinesthésiques, et aboutissant souvent à un sentiment d'influence à tonalité persécutrice. (Guy.B,2005,p197)

4. Les caractéristiques diagnostiques de délire selon DSM-5 :

La caractéristique principale du trouble délirant est la présence d'une ou plusieurs idées délirantes qui persistent pendant au moins un mois (critère A). On ne porte pas le diagnostic de trouble délirant si le sujet a déjà présenté un tableau symptomatique qui répond au critère A de la schizophrénie (critère B). Mis à part l'impact direct des idées délirantes, le fonctionnement psychosocial est altéré d'une façon moins marquée que dans les autres troubles psychotiques et le comportement n'est ni manifestement singulier ni bizarre (critère C). Si des épisodes thymiques surviennent en même temps que des idées délirantes, la durée totale de ces épisodes thymiques est relativement brève par rapport à la durée totale des périodes délirantes (critère D). Les idées délirantes ne sont pas dues aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. cocaïne) ou à une affection médicale (p. ex. maladie d'Alzheimer) et ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental comme l'obsession d'une dysmorphie corporelle ou un trouble obsessionnel-compulsif (critère E). En plus des cinq domaines symptomatiques identifiés dans les critères diagnostiques, l'évaluation des symptômes dans les domaines de la cognition, de la dépression et de la manie est fondamentale pour faire des distinctions d'importance cruciale entre les différents troubles du spectre de la schizophrénie et les autres troubles psychotiques. (DSM-5, p109)

5. L'étiologie de délire :

- **La génétique:** Antécédents familiaux de troubles délirants ou d'autres maladies mentales.

-La chimie du cerveau: Déséquilibres des neurotransmetteurs, en particulier de la dopamine.

-Les facteurs psychologiques: Événements stressants de la vie, traumatisme ou antécédents de traumatisme émotionnel ou psychologique.

-La consommation de substances: L'abus de drogues ou d'alcool peut déclencher ou exacerber les délires.

-Les conditions médicales: Certaines conditions médicales, telles que les troubles neurologiques, peuvent conduire à des délires.

-Les facteurs environnementaux: Isolement social, facteurs culturels et manque de soutien social. (<https://www.medicoverhospitals.in>).

6. La prise en charge thérapeutique de délire :

On doit adopter une attitude de neutralité bienveillante à l'égard du patient paranoïaque : éviter de trop se rapprocher pour ne pas le reconforter dans son délire, et éviter de le contredire ou de remettre en cause ses propos (risque d'hostilité et d'agressivité).

*La chimiothérapie.

* TRT antidépresseur chez le paranoïaque sensitif en cas de dépression.

*Les neuroleptiques sont peu efficaces dans le délire paranoïaque compte tenu de la présence d'une personnalité paranoïaque.

- Souvent on a recours à la prescription de neuroleptiques à action prolongée (NAP) chez des sujets anosognosiques: Décanoate de fluphénazine (Modécate) ou Palmitate de pipotiazine (Piportil® L4): comprimés à 25mg à la dose unique de 50-150mg/mois en IM.

*Traitement neuroleptique dans la paraphrénie et les psychoses hallucinations chroniques.

*La psychothérapie consiste à reconstituer la parole tout en gardant une distance avec le paranoïaque.

*La psychothérapie en cas d'hospitalisation (Elle est difficile chez le paranoïaque en raison de sa personnalité). La plupart des psychothérapies sont contre-indiquées chez le paranoïaque délirant. (Alouani, 2019-2020, p5).

Synthèse :

Comprendre le délire et son interaction avec la perception de la réalité et l'identité individuelle est crucial pour la prise en charge efficace des troubles mentaux.

Les professionnels de la santé mentale doivent adopter une approche holistique et empathique pour aider les individus affectés à surmonter ces défis et à retrouver un équilibre mental.

En outre, la sensibilisation du public et la lutte contre la stigmatisation sont essentielles pour promouvoir une meilleure compréhension des troubles mentaux et pour offrir un soutien adéquat aux personnes qui en souffrent. En reconnaissant l'importance du délire dans le contexte des troubles psychiatriques, nous pouvons contribuer à améliorer la qualité de vie des individus affectés et à construire une société plus inclusive et bienveillante.

La partie pratique

Chapitre V

La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

Préambule :

Après avoir présenté les trois chapitres constituant la partie théorique de notre recherche, nous abordons la partie pratique, considérée comme la phase finale de notre étude. Celle-ci se décrit comme une tentative de tester et de vérifier (infirmer ou confirmer) nos hypothèses.

Dans notre travail de recherche, nous avons cherché à comprendre la nature et le type de délire chez les personnes atteintes de troubles schizo-affectifs.

Axe 01 :

1- La pré-enquête :

Notre pré-enquête nous permet d'avoir un premier contact avec notre terrain d'enquête.

Et dans le but de valider notre question de départ et afin d'aboutir à une question de recherche, on a réalisé notre pré-enquête en menant deux questionnaires avec deux malades souffrant de schizophrénie. On a pu les interroger.

Le premier s'appelle Ghiles, c un jeune homme de grande taille, maigre, il a suivi ses études d'architecture, âgé de 30 ans. Il a été hospitalisé avec sa propre volonté en nous disant qu'il voulait ça car il se sentait malade, il a des idées de persécution, que ses parents ne cherchent même pas à comprendre sur sa maladie et qu'il est acharné contre eux. il a quitté son lieu de travail après deux mois, il le trouvait ennuyeux car y'avait pas vraiment de tâches à faire. Il était vraiment désespéré de la vie et de l'avenir, au début il avait dû mal à nous parler et même à nous regarder dans les yeux après quelques minutes il s'est laissé aller en nous répondant aux questions posées avec un sourire.

Le deuxième est un monsieur qui s'appelle himmi âgé de 43 ans, célibataire, de taille moyenne et un peu gros. C'était sa deuxième hospitalisation à l'hôpital

d'Oued Ghir et son premier été en 2021 à Tizi Ouzou. Il n'avait pas des difficultés à mener des discussions, il avait un délire systématique et un délire de persécution. Il nous a raconté qu'il avait une page sur Facebook d'un contenu politique (hirak) Il reçoit des critiques et de menaces de la part de (irhab).Ils lui demandent d'arrêter de partager un contenu pareil jusqu'au jour où la gendarmerie l'ont embarqué et le ramener à l'hôpital.

Ils nous a permis aussi de rédiger notre problématique et cerner notre hypothèse.

2. La présentation de lieu de stage :

L'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir

Localisation : Oued Ghir, Béjaïa

Maître d'ouvrage : Direction de la Santé Publique de Béjaïa Programme : 120 lits

Concepteur : Société civile professionnelle d'architectes B.A.R.T Surface projet : 1 289,66 m²

L'hôpital accueillera les patients souffrant de maladies psychiatriques à raison

de 30 à 40 %, a-t-on assuré. Implanté sur un terrain d'une superficie d'environ 4 ha, l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir a été lancé en 2011 et programmé pour être livré début 2013. Mais les travaux de réalisation de la structure sanitaire avaient accusé un retard de près de sept années.

Le projet consiste en la projection d'un hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, à OUED GHIR dans la wilaya de Bejaia, sur un terrain d'une superficie d'environ quatre (04) ha. Un projet « thérapeutique » de prise en charge, de surveillance, d'assistance et d'apport de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de malades manifestant des besoins assez spécifiques. Ces services devant répondre aux objectifs fixés pour l'établissement, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société dans la vie de tous les jours.

Des services dont ceux des urgences et la pédopsychiatrie ont été ouverts pour répondre aux objectifs fixés à l'établissement, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société dans la vie de tous les jours. La mise en service de cet hôpital psychiatrique et l'élargissement de son activité permettra d'atténuer la pression sur la structure sanitaire Frantz-Fanon du chef-lieu de wilaya, un ancien hôpital qui prend en charge les patients en psychiatrie. La mise en activité de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, même déchargé de certaines de ses capacités initiales, allégera assurément la souffrance des malades de la région de Béjaïa et leur évitera ainsi à l'avenir le déplacement vers d'autres wilayas pour se soigner.

Les blocs d'hospitalisation et le bloc pédagogique sont disposés de part et d'autre des jardins centraux avec une orientation Nord/sud afin de jouir d'un éclairage naturel indirect. La distinction entre les espaces nuits (chambres) et les espaces jours (séjours, salles polyvalentes, office) et les espaces de soins permet à l'utilisateur une meilleure appréhension de l'espace et une lecture plus facile du fonctionnement. De ce fait, le bloc pédagogique est implanté sur un point culminant du site face aux blocs d'hospitalisation et est relié par des axes rayonnants et convergents. Cette implantation n'est pas fortuite, elle permet de mettre en valeur le rayonnement et l'importance de cette entité dans un tel établissement. Une différenciation volumétrique permet d'accentuer plus cette composante.

Quant aux blocs administratifs, l'hôpital du jour, les urgences et l'admission qui est une zone ouverte au public, leur positionnement est de part et d'autre de l'entrée principale de l'hôpital, donnant ainsi sur une vaste aire de stationnement qui les met plus en valeur. Ces entités forment une sorte d'écran qui précède les blocs d'hospitalisation, les jardins centraux et les blocs techniques. (<http://Expression.com>).

2-1 Les conditions de la recherche :

Notre stage a duré 45 jours, à savoir du 31 mars jusqu'au 15 mai 2024, au service psychiatrie à l'hôpital d'Oued Ghir de Bejaia. Auprès des personnes souffrantes de schizo-affectif ; a ce titre nous avons effectué 1 mois et demi de pratique.

2-2 le groupe de recherche :

Notre thème de recherche se focalise sur la nature du délire chez les personnes atteintes d'un trouble schizo-affectif.

Au niveau du service psychiatrique de l'hôpital d'Oued Ghir nous avons eu la possibilité de trouver des patients psychotiques en général, et les schizophrènes en particulier, on a prélevé quatre cas qui nous ont servi de part pour mener notre recherche sur le terrain.

On a inséré un tableau N°1 dans lequel on a présenté notre groupe de recherche.

Tableau N°1 :

Cas	Lyazid	Mounir	Roumaissa	jigurtha
Sexe	masculin	Masculin	féminin	masculin
Age	32 ans	34 ans	43 ans	44 ans
Niveau d'instruction	Baccalauréat	Première année lycée	Baccalauréat	4ème année CEM
Situation familiale	célibataire	Célibataire	célibataire	célibataire
Situation socioprofessionnelle	Géomatique et topographie	Électromécanique	Une technicienne en informatique	Sans profession
Diagnostic de sortie de l'hôpital	Délire de persécution et fabuleux	Délire de persécution et mystique	Délire de persécution et paranoïaque	Délire de persécution

Dans le tableau N°1 présente quelques caractéristiques de groupe de la recherche.

3. La population mère et l'échantillonnage :

3-1 Les critères d'inclusions :

Tous les patients homme et femmes âgées de 30 ans et plus hospitalisés au niveau du CHE d'oued Ghir, répondant aux critères diagnostiques de la schizophrénie et schizo affectif (selon les critères du DSM 5) et aux critères de délire selon (DSM 5).

Les patients ayant été enregistrés depuis au moins six mois c'est pour garantir une certaine stabilité de diagnostic.

3-2 Les critères d'exclusions :

-les patients dont le diagnostic de schizophrénie est non encore établi.

- les patients âgés de moins de 30 ans.

-Les patients atteints d'une pathologie neurologique, ou d'un handicap sensori-moteur

-Les patients avec un retard mental

-Les patients atteints d'une affection somatique grave.

3-3 La taille de l'échantillon au-dessus de tableau :

Nous avons sélectionné 4 patients, la taille de cet échantillon nous semble correct pour pouvoir faire une description et tirer des conclusions.

4. La méthodologie de recherche :

4.1 La méthode descriptive :

Pour décrire et comprendre le fonctionnement mental et les comportements, les chercheurs en psychologie disposent de méthodes descriptives, qui, si elles n'ont pas vocation à rendre compte des liens de causalité entre les processus mentaux ou entre les comportements, sont indispensables à la boîte à outils du psychologue car elles lui permettent de décrire les comportements humains dans leur globalité. Elles sont néanmoins sujettes à un certain nombre de biais méthodologiques que le psychologue doit, dans la mesure du possible, contrôler. Nous nous intéresserons plus spécifiquement à quatre méthodes descriptives, classiquement utilisées en psychologie : l'observation, l'enquête, l'entretien et l'étude de cas. (Grégoire Bt et Arnaud C, 2016, p 17-39).

La méthode descriptive a été utilisée de manière approfondie durant notre étape afin de fournir une compréhension détaillée de ces malades.

Nous avons commencé par la collecte des données à travers des observations directes lors de l'entretien, et on a observé les aptitudes et les comportements de chaque malade, les gestes et les mimiques pendant l'entretien, la manière d'être et d'agir de chacun d'eux. Ces informations ont ensuite été soigneusement organisées et classifiées selon le délire qu'ils présentent.

L'approche descriptive nous a permis de documenter les expériences des malades de manière précise et objective, sans tenter de modifier ou de les interpréter de manière subjective.

4.2 L'étude de cas:

Est une méthodologie de recherche très prisée en sciences sociales, utilisée pour étudier des phénomènes complexes nouveaux en situation réelle ou étendre les connaissances sur des phénomènes déjà investigués. Les études de cas apportent ainsi une analyse détaillée et en profondeur sur un nombre limité de sujets. (Pierre.J.P , 2018 , p126 à 139) .

L'étude de cas est la méthode utilisée dans notre stage, pour approfondir notre compréhension des expériences individuelles des malades atteints de troubles schizo-affectifs. Cette approche nous a offert une perspective holistique sur l'histoire de vie et de maladie et les défis rencontrés par ces malades, facilitant ainsi une meilleure compréhension des dynamiques individuelles des délires

5. La présentation des techniques de recherche :

5-1 L'entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique de recherche est un outil servant à la fois à la recherche et à la production d'information. Il s'agit d'un dispositif où une personne A facilite la production d'un discours par une personne B, afin de recueillir des informations tirées de la biographie de B. (Bénony H., Chahraoui K., 1999, p.64).

On'a posées plusieurs questions divisées à plusieurs parties, la première partie sur les informations générales, la deuxième sur l'histoire de la maladie et traitement médicamenteux, puis sur les plaintes mnésiques, l'adaptation et l'inadaptation avec la maladie(schizophrénie), et finalement sur les indicateurs de délire. On a posé 55 questions puis on a choisi les plus pertinentes.

5-2 Le questionnaire :

Un questionnaire est une méthode de collecte de données quantitatives qui consiste en une série de questions présentées dans un ordre déterminé.

"Le rôle principal du questionnaire est d'étendre l'enquête et de vérifier statistiquement dans quelle mesure les informations et hypothèses préalablement établies sont généralisables." (Combessie, 2007).

Les données recueillies peuvent être analysées à l'aide de tableaux statistiques ou de graphiques.

Axe 02:

6. La présentation et l'analyse des données:

6.1 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient Lyazid :

L'entretien a duré 45 minutes, Lyazid est un jeune homme qui est né en 1992, âgé de 32 ans, originaire et demeurant de Bejaia, un jeune célibataire, il est l'aîné d'une fratrie composée de trois frères et deux sœurs, ces derniers ne présentent aucun antécédent psychiatrique, il est d'une taille corpulence moyenne, barbe courte, il avait une formation en géomatique topographie après avoir son échec de bac, il ne souffre d'aucune affection médicale ou chirurgicale particulière, hospitalisé plusieurs fois suite aux troubles du comportement et d'arrêt thérapeutique.

L'histoire de sa maladie a débuté en 2009 avec une dépression, IL été sous traitement psychiatrique depuis 2009, sa première hospitalisation était en 2012 à l'âge de 20 ans, suite à des troubles de comportement, angoisse et insomnie totale, et la consommation de l'alcool, ses symptômes ont commencé en 2010 à l'âge de 18 ans après avoir un choc affectif, après en 2012 il a été hospitalisé à multiple reprise à l'hôpital Frantz Fanon, et à l'hôpital de Oued Aissi, pour trouble du comportement survenant les premiers hallucinations, ils l'ont mis sous traitement, il avait une insomnie et un angoisse chronique, puis en Février 2024 le patient a été ramené à l'hôpital de Oued Ghir par son père volontairement pour rechute et arrêt thérapeutique, il est resté deux mois et cinq jours sous observation et il n'est pas encore sorti, le patient avait des hallucinations auditives et visuel, troubles de comportement et une agressivité. D'après notre entretien il est conscient de sa maladie et ses médicaments, il sait qu'il prend 3 médicaments trois fois par jours et il est régulier dans leur prise sans aucune intervention et avec ce dernier il voit une amélioration de son état de santé et une capacité mentale pour pouvoir

s'adapter à la société malgré le regard négatif des autres et les difficultés de vivre avec sa maladie, il insiste à sortir, commencer une nouvelle vie avec des nouveaux projets et surtout faire une petite famille propre à lui.

Lyazid n'a pas des problème de mémoire, il rappelle de tout ce que lui arrivé et de tous ces membre de sa famille, ses psychiatres, psychologues et même infirmiers, l'heure de mangé, les lieux familiers et même les place de ses objets usuels sauf quand il prend ses médicaments ça lui fait des effets secondaires, il a une bonne conscience mais il a un manque de concentration quand il fait une activité et il a des difficultés à exprimer et à suivre immédiatement une conversation ou à se souvenir des nouvelles personnes et prénoms.

Il a des indicateurs de délire comme suit il parle seule, il entend des voix a l'extérieur, il se sens exploiter par quelqu'un et par ses amis, il se sens menacé et qu'il y des complots contre lui, il voit tout le monde comme des ennemis et qu'ils veulent lui nuire physiquement, moralement et familialement, il parle de deux femme qui n'existe pas, il croit que tout le monde ne l'aime pas, qu'il sont jaloux parce que il a des meilleures idées par rapport a eux mais avec la prise des médicaments il sent des changements corporelles et mentales.

-Présentation des données recueillies du questionnaire destiné au patient:

Tableau N°2 :

Les questions	Pas du tout	Jus te un peu	Quelq u e peu	Modéréme n t	Beauco u p	Tout le tem p s	Les résultat s
a			×				2
b	×						0
c			×				2
d	×						0
e					×		4
f	×						0
g		×					1
h	×						0
i	×						0
j					×		4
k			×				2
l	×						0

Totale score : 15

-Synthèse des données de l'analyse du cas de Lyazid:

L'état de Lyazid est stable, il commençait à s'améliorer petit à petit, il avait un bon contact et une propre cohérence, il communique avec les autres facilement et c'était son plaisir de faire des entretiens et des discours avec autrui, il était de bonne humeur.

Après son hospitalisation à Oued Ghir son sommeil est bien réglé et même il a une relation de complicité avec d'autres patients, il aime parler et rigoler avec tout le monde et enfin il est bien adapté à l'environnement et il a une bonne conscience et une bonne mémoire.

Vue les réponses de Lyazid on a constaté qu'il présente un délire de persécution lorsqu'il a dit qu'il voyait sa famille comme des ennemis et qu'ils font des complots contre lui, il voyait que la société ne l'aime pas et que tout le monde veut lui faire du mal.

Lyazid est malade, il rapporte un délire de persécution, d'ensorcellement contre sa famille, des hallucinations, des agitations, d'après son dossier on a pu remarquer 15 hospitalisation depuis l'année 2012, et d'après notre questionnaire il a 15 points qui veut dire qu'il est suggestif de la psychose.

6.2 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient Jugurtha :

L'entretien a duré 40 minute, Jugurtha est née en 1980 âgé de 44 ans, originaire et demeurant de Bejaia, il est célibataire, il est d'une taille corpulence moyenne, barbe un peu longue, il n'a aucune profession, il a arrêté ses études en 4ème année CEM, il ne souffre d'un aucune affection médicale ou chirurgicale particulière, hospitalisé plusieurs fois suites aux troubles du comportement et des hallucinations auditives.

L'histoire de sa maladie a débuter en 2004 progressivement, quand il avait 20 ans il a eu un traumatisme dont il était présent à un accident mortel d'un vieille couple, sa première hospitalisation était en 2010 à l'âge de 30 ans, il été hospitalisé plusieurs fois à l'hôpital Frantz Fanon et l'hôpital Oued Aissi, il l'ont mis sous traitement, il avait au début un choc et une dépression, il était suivi par un psychologue et un psychiatre, il a dit qu'il a commencé la prise des médicaments en 2002 même avant le traumatisme.

En 2024 à l'âge de 44 ans, le patient a été ramené par son frère et sa mère, il a resté plusieurs mois, il est toujours sous l'observation, et il n'est pas encore sorti,

Jugurtha avait des hallucinations auditives, des idées délirante, une dépression, des troubles de l'humeur et le trouble stress post traumatique. d'après notre entretien il est conscient de sa maladie, les noms de ses médicaments, la dose et le nombre de prise par jour et il est régulier dans leur prise sans intervention. Il a insisté sur le médicaments " Olanzapine" et que sans ce il ne sent pas une amélioration et une satisfaction de son état actuel.

Jugurtha a des problèmes de mémoire, et une désorganisation des idées, manque de concentration, il oublié ce que les gens viennent de lui dire, les consignes qu'on lui donne, des nouvelles personnes et prénoms, des difficultés à suivre une activité et même une discussion, il répète plusieurs fois les mêmes phrases et il déteste le bruit.

Parmi les signes de délire qu'il a : il entend des voix à l'extérieur.

-L'analyse des données recueillait du questionnaire destiné au patient:

Tableau N°3 :

Les questions	Pas du tout	Jusqu'à un peu	Quelque peu	Moderément	Beaucoup	Tout le temps	Les résultats
a						×	5
b	×						0
c			×				2
d						×	5
e						×	5
f	×						0
g	×						0
h						×	5
i						×	5
j	×						0
k						×	5
l	×						0

Totale score : 32

-La synthèse des données de l'analyse du cas de Jugurtha:

L'état de Jugurtha est instable, c'était très difficile de communiquer avec lui, et comprendre ce qu' il est entrain de dire, il donne l'impression qu'il vit vraiment dans son monde qu'à lui, il répétait que les mêmes phrases, il a une très mauvaise mémoire, et à chaque fois il répond différemment, il n'avait pas des expressions faciales.

Jugurtha est très malade, et ça fait 20 ans, Jugurtha rapporte un délire de , il a des hallucinations auditives; il a annoncé qu'il entend des voix à l'extérieur; Et après notre questionnaire il a 32 points, donc il est dans la suggestion de la psychose.

6.3 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient Roumaïssa :

L'entretien a duré une heure, Roumaïssa est une jeune femme célibataire, âgée de 43 ans, demeurant de Bejaia, petite de taille, très maigre. Elle a arrêté ses études en 3 ère année lycée et a obtenu son diplôme professionnel en technique supérieure en informatique .Nous constatons que dans les antécédents familiaux une morbidité psychiatrique familiale positive, y'avait sa maman qui est aussi malade.

L'histoire de sa maladie débute en 2008 progressivement à l'âge de 27 ans et a cette année qu'elle a commencée sa prise de médicaments, elle était suivie par des psychiatres, l'hôpital de Oued Ghir est sa première hospitalisation, elle est sous traitement et sous observation, elle présente des hallucinations, des idées délirantes, des doutes, trouble de sommeil, des idées suicidaire, et la désorganisation totale des idées, son discours n'est pas clair elle saute du coq à l'âne, Elle a des sensations pénibles, des sensations d'inquiétude pour ses frères qu'elle a laissés tout seuls. Elle est consciente de sa maladie, ses médicaments et leurs noms et le nombre de prise par jours, mais elle présente des troubles de mémoire elle a oublié tout ce

que lui passée, ce qu'elle a mangée, ce qu'elle vient de dire et où elle a laissé ses objets.

Elle a des difficultés à suivre les consignes et faire une activité et des difficultés à s'adapter a la société. Roumaïssa entend des voix, elle parle seule , elle sent que sa famille et ses amies veulent lui faire du mal, elle se sent dirigée

par des forces intérieurs et extérieurs.

-L'analyse des données recueillait du questionnaire destiné au patient:

Tableau N°4 :

Les questions	Pas du tout	Juste un peu	Quelque peu	Modéréme	Beaucoup	Tout le temps	Les résultats
A		×					1
B	×						0
C		×					1
D					×		4
E		×					1
F			×				2
G		×					1
H	×						0
I						×	5
J		×					1
K					×		4
L	×						0

Totale score : 20

- La synthèse des données de l'analyse du cas de Roumaïssa :

L'état de Roumaïssa est instable, elle n'a pas eu d'amélioration, ni de bon contact avec les autres, elle a une mémoire faible et une désorganisation totale des idées, elle a des idées horribles.

Vue les réponses de Roumaïssa on a constaté qu'elle présente un délire de

persécution lorsqu'elle a dit qu'elle voyait sa famille comme des ennemis et qu'ils font des complots contre elle, elle a une image horrible de la société, elle voyait que cette dernière l'aime pas et que tout le monde veut lui faire du mal.

Romaissa est malade, elle rapporte un délire de persécution, d'ensorcellement contre sa famille, des hallucinations, des agitations, et d'après notre questionnaire il a 20 points qui veut dire qu'elle est suggestive de la psychose

6.4 La présentation des données recueillies du guide d'entretien destiné au patient Mounir :

L'entretien a duré 50 minutes, Mounir est un jeune homme célibataire, né en 1990, âgé de 34 ans, il est le troisième d'une fratrie de quatre, demeurant de Bejaia d'une taille moyenne, blanc de peau, barbe et cheveux rasés; Il a arrêté ses études en première année lycée et ensuite effectué son diplôme professionnel en électromécanique, Nous constatons que dans les antécédents familiaux, une Morbidité psychiatrique familiale positive, y'avait son grand frère qui est aussi malade, Mais dans ses Antécédents personnels: Il ne souffre d'une aucune affection chirurgicale particulière.

L'histoire de sa maladie débute en 2016, à l'âge de 26 ans ses symptômes commencent à apparaître, il a des maux de tête, une insomnie totale et parlé tout seul. En 2024 il a commencé sa prise de médicaments. Il a été ramené à l'hôpital par sa mère et c'était pas sa première hospitalisation, il a un discours clair, Très bonne mémoire, une pensée envahie par des idées obsédantes bizarres, du doute jusqu'à la conviction inébranlable, il explique qu'il est convaincu qu'une force (un champ magnifique) comme s'il voulait le tuer et que ses objets perdus sont volés par sa famille, il marche seul car il a le sentiment de n'avoir rien en commun avec les autres y compris sa famille et ses amis, et que les autres ne le croient pas quand il leur raconte sur la force qui le contrôle. Il est jusqu'à maintenant à l'hôpital sous traitement, il prend ses médicaments deux fois par jour, il dit qu'il

Chapitre V La présentation, l'analyse et la discussion des résultats

sent une bonne amélioration, il a arrêté de parler avec lui-même et la disparition de la force extérieure qui lui voulait du mal.

- L'analyse des données recueillait du questionnaire destiné au patient:

Tableau N°5 :

Les questions	Pas du tout	Juste un peu	Quelque peu	Modéréme	Beaucoup	Tout le temps	Les résultats
A	×						0
B	×						0
C		×					1
D						×	5
E	×						0
F			×				2
G		×					1
H	×						0
I	×						0
J			×				2
K					×		4
L	×						0

Totale score : 15

- La synthèse des données de l'analyse du cas de Mounir :

L'état de Mounir est stable, il commençait à s'améliorer petit à petit, il avait un bon contact et une propre cohérence, il communiquait avec les autres facilement. Après son hospitalisation à Oued Ghir son sommeil est bien réglé et même il a une relation de complicité avec d'autres patients et il a une bonne conscience et une bonne mémoire.

Vu les réponses de Mounir on a constaté qu'il présente un délire de persécution lorsqu'il a dit qu'il voyait sa famille comme des ennemis et qu'ils font des complots contre lui, il voyait que la société ne l'aime pas et que tout le monde veut lui faire du mal.

Mounir est malade, il rapporte un délire de persécution contre sa famille, des hallucinations, des agitations, et d'après notre questionnaire il a 15 points qui veut dire qu'il est suggestif de la psychose.

-La discussion d'hypothèse :

Dans cette partie nous allons procéder à une discussion de notre hypothèse afin de répondre aux questions de notre problématique, et dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse. Notre objectif, étant de déterminer la nature de délire chez les personnes atteintes d'un trouble schizo-affectif.

Pour répondre à notre question de recherche et vérifier notre hypothèse, nous avons utilisé l'entretien et le questionnaire, et d'abord nous allons distinguer notre hypothèse en deux parties ; la première qui est « le trouble schizo-affectif est marqué par le délire de persécution », et la deuxième qui est « le délire de persécution est marqué sous forme d'accusation de complot".

La première partie de notre hypothèse : Le trouble schizo-affectif est marqué par le délire de persécution.

Cas N°1 : Lyazid

Pour vérifier notre première hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien et le questionnaire, pour découvrir la nature de délire dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse.

Selon les informations que nous avons regroupées dans l'entretien, Lyazid présente des signes de délire de persécution. D'abord, cela exprimé par ses dire « akham negh twalighthen d i3dawen ; qui veut dire je vois ma famille comme des ennemis »

« veghan ayikhedmen le mal ; qui veut dire ils veulent me faire du mal » « twalighthen ak tekhtiten lahwayej deffir iw surtout akham negh ; qui veut dire je vois que y des complots contre moi et surtout ma famille »

Il souffre aussi d'un autre type de délire qui est le délire fabuleux, également connu sous le terme de mythomanie ou délire imaginaire, et cela exprimé par ses paroles « veghigh adaghagh baya igoma vava après isufghiyid vavas gekham netath

thella dina terohed baya tenayid akawigh agdefkagh tomobil khdem syes ayen tevghid ; qui veut dire je veux me marié avec baya et mon père ne veut pas ensuite son père m'a expulsé de la maison et y'avait baya qui m'a dit je t'offre une voiture et fais ce que tu veux avec » et en suite après cette phrase il a directement changer baya par Salima et il a commencé raconter les mêmes histoires d'une autre façon et un autre prénom.

Par ailleurs, le délire de persécution est un type de trouble psychotique caractérisé par des croyances erronées et irrationnelles selon lesquelles une personne est la cible de harcèlement, de malveillance ou de complots orchestrés par d'autres.

Le délire fabuleux est un autre type de trouble psychotique où l'individu est convaincu de la réalité de ses créations imaginaires. Ce délire se caractérise par l'invention de faits, d'histoires ou d'identités qui sont perçus par la personne comme étant réels, malgré leur nature manifestement fictive ou invraisemblable.

Dans le questionnaire, Lyazid a obtenu un score de 15 points, qui indique que notre sujet de recherche présente un trouble schizo-affectif.

Cas N°2 : Jugurtha

Selon les informations obtenues dans l'entretien, Jugurtha présente des signes de délire de persécution et cela exprimé par ses dires « krahniyi g l'edimco ; qui veut dire les gens qui habitent à l'edimco me détestent » « ttasmen feli oyiivghan ara lkhir ; ils sont jaloux de moi et personne ne me veut de bien »

Dans le questionnaire, Jugurtha a obtenu un score de 32 points, qui indique que notre sujet de recherche présente un trouble schizo-affectif.

Cas N°3 : Roumaïssa

Selon les informations obtenues dans l'entretien, Roumaïssa présente des signes de délire de persécution et cela exprimé par ses dires « akham negh krahniyi surtout khewali ; mes parents m'aiment pas surtout mes oncles »

Elle souffre aussi d'un autre type de délire qui est le délire paranoïaque qui se caractérise par la présence d'idées délirantes systématisées et cohérentes. Ces idées délirantes sont souvent centrées autour de thèmes de persécution, de jalousie, de grandeur... et cela exprimé par ses phrases « ulach am nekki chevghagh melih, karniyid tchavit ithromith ; qui veut dire y'a pas comme moi je suis la plus belle, ils me disent que je ressemble à une française » « feghagh wahid justin beiber yerna ittgheni feli ; je suis en relation avec justin beiber et

tous ces chansons sont adressé à moi »

Dans le questionnaire, Jugurtha a obtenu un score de 20 points, qui indique que notre sujet de recherche présente un trouble schizo-affectif.

Cas N°4 : Mounir

Selon les informations obtenues dans l'entretien, Mounir présente des signes de délire de persécution et cela exprimé par ses dires « yiwen oyittehibi krahiyi akith yerna vghaniyi cher ; qui veut dire personne ne m'aime ils me détestent en plus ils me veulent de mal », asma fregh kra ochfighara anda ithserssegh tchakathegh g kham negh iythidmen "lorsque je cache quelque chose et je ne me souviens plus de sa place je doute de mes parents"

Il souffre d'un autre type de délire qui est le délire mystique qui est une forme de délire caractérisé par des croyances délirantes liées à des expériences spirituelles, religieuses.

La deuxième partie de notre hypothèse « marqué sous forme d'accusation de complots »

Pour pouvoir vérifier la viabilité de cette deuxième partie de notre hypothèse, nous nous sommes appuyées sur les résultats de l'entretien et le questionnaire dans le but d'affirmer ou d'infirmer notre hypothèse, nous avons constaté que les résultats se ressemblent donc on va les présenter brièvement.

Cas N°1 : Lyazid

En se référant aux résultats obtenus, on a constaté que l'accusation de complots est un signe parmi les signes de délire, et Lyazid présente ce signe et cela exprimé dans sa phrase « twalighthen ak tekhtiten lahwayej deffir iw surtout akham negh ; qui veut dire ils font des plans derrière moi »

Cas N°2 : Jugurtha

Jugurtha présente ce signe dans sa parole «ttasmen feli vghaniyi le mal ; qui veut dire ils sont jaloux de moi et ils veulent me faire de mal »

Cas N°3 : Roumaissa

Roumaissa présente ce signe, elle a accusée sa famille en disant qu'ils font des plans pour me faire de mal »

Cas N°4 : Mounir

Mounir présente aussi ce signe parce qu'il voit que y des complots derrière lui.

Conclusion

Conclusion:

Malgré les avancées actuelles en psychiatrie et les progrès thérapeutiques, la schizophrénie demeure une pathologie nécessitant une grande délicatesse et des efforts considérables de la part des praticiens, ainsi que de l'entourage du patient et de la société dans son ensemble pour améliorer sa prise en charge.

La schizophrénie est un trouble psychiatrique complexe caractérisé par des symptômes tels que les délires, qui sont des croyances irréelles et souvent bizarres qui peuvent affecter la perception de la réalité du patient. Les délires peuvent prendre différentes formes, telles que des idées de persécution, des pensées étranges ou des croyances grandioses.

Il est important de reconnaître que les délires ne sont pas simplement des inventions de l'esprit, mais qu'ils sont le résultat de perturbations neurologiques et chimiques dans le cerveau. Il est crucial de traiter la schizophrénie et ses symptômes, y compris les délires, avec compassion et compréhension, et de chercher un traitement approprié pour aider les patients à vivre une vie plus stable et équilibrée.

Les délires peuvent avoir un impact significatif sur la vie quotidienne des personnes atteintes de la schizo-affectif. En raison de leurs croyances irrationnelles et souvent troublantes, les personnes souffrant de délires peuvent avoir du mal à faire la distinction entre la réalité et l'illusion. Cela peut entraîner des difficultés dans les relations interpersonnelles, au travail et dans la vie sociale.

Les délires peuvent également affecter la capacité d'une personne à prendre des décisions rationnelles et à fonctionner efficacement dans la vie quotidienne. Les pensées délirantes peuvent entraîner un comportement impulsif ou paranoïaque, ce qui peut mettre en péril la sécurité de la personne affectée et de ceux qui l'entourent.

En outre, les délires peuvent entraîner des sentiments de peur, d'anxiété et d'isolement social. Ces symptômes peuvent entraver la capacité à se connecter avec les autres et à maintenir des relations saines, ce qui peut entraîner un sentiment de solitude et d'aliénation.

Conclusion

La nature de délire peut varier d'un individu à l'autre, certains peuvent avoir des croyances paranoïaques, tandis que d'autres peuvent avoir des idées délirantes de grandeur ou des hallucinations auditives ou visuelles.

Notre étude contribue à l'enrichissement des connaissances sur les troubles schizo-affectifs et offre des perspectives pour des recherches futures, visant à développer des stratégies thérapeutiques plus efficaces.

La stigmatisation liée à la schizo-affective peut conduire à une diminution de l'estime de soi et de la confiance en soi ce qui peut aggraver les symptômes et rendre plus difficile le suivi du traitement. Les patients peuvent se sentir marginalisés et exclus de la société, ce qui peut avoir un impact négatif sur leur bien-être émotionnel et leur capacité à fonctionner de manière autonome.

De plus, la stigmatisation peut également affecter l'accès aux soins de santé mentale. Les patients craignant d'être jugés ou rejetés peuvent éprouver des difficultés à rechercher de l'aide professionnelle, ce qui peut entraîner un retard dans le diagnostic et le traitement de leur condition.

Il est crucial de sensibiliser le public et de promouvoir une compréhension plus profonde et empathique de la schizophrénie affective pour réduire la stigmatisation et offrir un soutien adéquat aux personnes touchées par cette maladie. En favorisant un environnement inclusif et bienveillant, on peut aider à améliorer la qualité de vie et le rétablissement des patients atteints de schizophrénie affective.

En fin de compte, il est essentiel de sensibiliser et d'éduquer le public sur la nature des délires, afin de promouvoir une meilleure compréhension et un soutien accru pour les personnes qui en souffrent. Avec un soutien adéquat, les patients atteints de schizo-affectif peuvent apprendre à gérer leurs symptômes et à mener une vie épanouie malgré les défis rencontrés.

Les avancées en recherche, notamment en génétique et en neuroimagerie, ainsi que le développement de nouveaux traitements, offrent un espoir croissant pour une meilleure compréhension et gestion de la schizophrénie. Il est important de poursuivre

Conclusion

ces efforts pour améliorer les résultats pour les personnes atteintes et réduire l'impact de cette maladie sur leur vie quotidienne.

Les résultats que nous avons obtenus, à partir des outils de la recherche, nous avons pu constater que le délire chez les personnes schizo-affectives est souvent variée et complexe, combinant des éléments des troubles de l'humeur et de la schizophrénie, il peut inclure des croyances fausses et déformées, des hallucinations et des altérations de la pensée.

Nous synthétisons que tous nos sujets de recherche ont confirmé notre hypothèse, c'est-à-dire que le trouble schizo-affectif est marqué par le délire de persécution majeur, qui se manifeste sous forme d'accusation de complots.

Liste bibliographique

Livre :

- 1-Azoulay.C et Chabert.C (2005). Processus de la schizophrénie (édition Donud). Paris.
- 2-Benony,H et Chahraoui,K (1999) l'entretien clinique(ed Dunod) Paris.
- 3-Bruno.E(2019) les schizophrénie ,dans Troubles schizo-affectif (ed lavoisier) paris.
- 3-Combessie,J,C(2007) la méthode en sociologie (ed la découverte, collection repères) Paris.
- 4-Grégoire ,B et Arnaud,C.(2016). . Chapitre premier, les méthodes descriptives, Dans les méthodes en psychologie (Ed PUF presses universitaire de France) France.
- 5-Guy,B .(1993-2005) . Manuel psychopathologie (1ed ., Dunod) , Paris.
- 6-Hanus,M (1981) psychiatrie intégrée de l'étudiant (Librairie maloine, 5ed) Paris.
- 7-Jean ,C,M.(2000) :logique du délire (2ème édition, masson) paris ; 120 boulevard saint-Germain.
- 8-Nicolas,M. et autres (2016) .la schozphrénie en clair,(édition ellipses, marketing , S.A), Paris.
- 9-Pierre,J,P.(2018) : Chapitre7 : Les études de cas, dans les méthodes de recherche du DBA.(dans françoise, chevalier et nathalie mitev, EMS ed) Normandie.

Liste de revue :

- Bernard,D. (2019). Psychiatrie et santé mentale (dans perspectives psy.,édition EDP science, Vol. 58) , France.
- Cabanis,P,J. (1808) , rapports du physique et du moral de l'homme (Ed l'harmattan,2Vol) Paris.

-Francois,D,C.(2001).Dans psychologie clinique et projective (1,Éres, n°17), Toulous, France.

Liste des dictionnaires :

Marc.A .C et Julien.D.G (2013) DSM-5 , Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux ,(ELSEVIER Masson) Paris.

Mémoire :

-Bennour,A et Allaoua, R (2013/2014) schizophrénie(mémoire de fin de cycle pour l'obtention du diplôme de docteur en médecine) Université de bejaia .

Articles :

-Alouani (2019-2020), les délires chroniques,(enseignement de la 5^{ème} année médecine –université Ferhat Abbas) Setif.

-David.C, (2022), Protocole Nationale de diagnostic et de soins « PNDS » schizophrénie a début précoce. (Défi science,centre de référence des maladies rare à l'expression psychiatrique) hôpital de la pitié-salpêtrière, Paris.

Site électronique :

-([Https//Expression.com](https://Expression.com)).

-(<https://www.medicoverhospitals.in>).

-(<https://ressourcessante.salutbonjour.ca/conditon/getcondition/schizophrénie>).

Les annexes :

-Le guide d'entretien

-Le questionnaire

L'entretien s'agit de :

*Date de passation :

*Durée de l'entretien :

Axe A: Les informations générales

*Sexe: Femme Homme

*Nom: Prénom:

*Date de naissance:

*Situation matrimoniale: Célibataire Marié(e) Divorcé(e)

*Si marié(e), nombre d'enfant :

*Niveau d'étude: Universitaire Aucun

Primaire Moyen Secondaire

*Avez-vous passé des diplômes professionnels ou techniques? Oui Non

*Si oui, précisez le type de diplôme:

*Quelle était votre profession:

Axe B: l'histoire de la maladie et traitements médicamenteux

*Depuis quand vos symptômes ont commencé ?

*Etes-vous au courant de la maladie dont on vous a diagnostiqué?

*Depuis quand êtes-vous hospitalisé?

*Est-elle votre première hospitalisation? Oui Non

*Comment vivez-vous votre hospitalisation? Mal Bien Indifférent
fois

*Qui vous a amené à l'hôpital?

*En quelle année avez-vous commencé la prise de médicaments?

*Combien de médicaments votre psychiatre vous a-t-il prescrit?

*Connaissez-vous le nom de vos médicaments ?

*Combien de fois par jour prenez-vous vos médicaments ?

*Etes-vous régulier dans leur prise? Oui Non

*Vous souvenez-vous des moments de leur prise ou faut-il qu'une autre
personne

vienne vous les donner?

*Resentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement
actuel ?

Axe C: Plaintes mnésiques

*Etes-vous en contact avec votre famille?

Oui Non

*Viennent-ils vous rendre visite ?

Oui Non

*Avez-vous des difficultés à vous rappeler des membres de votre famille ?

Oui Non

*Avez-vous des difficultés à vous rappeler de ce qui vous est arrivé?

Oui Non

*Avez-vous des difficultés à suivre une personne quand elle vous parle ?

Oui Non

*Vous souvenez-vous de votre psychiatre, psychologue et infirmiers qui prennent soin de vous?

Oui Non

*Vous arrive-t-il d'oublier si vous avez mangé ou pas?

Oui Non

*Vous arrive-t-il de vous perdre dans des lieux familiers?

Oui Non

*Vous arrive-t-il de ne plus savoir où sont rangés vos objets usuels ?

Oui Non

*Vous arrive-t-il de répéter plusieurs fois la même chose parce que vous oubliez l'avoir déjà dite?

Oui Non

*Avez-vous des difficultés à apprendre des choses nouvelles?

Oui Non

*Vous arrive-t-il d'oublier immédiatement ce que les gens viennent de vous dire?

Oui Non

*Avez-vous besoin de beaucoup de temps pour comprendre ce que les gens viennent de vous dire ?

Oui Non

*Comprenez-vous les consignes que vous donnent les infirmiers? Oui non

*Arrivez-vous à faire ce qu'ils vous demandent sans qu'ils vous le répètent?

Oui Non

*Avez-vous du mal à vous souvenir des nouvelles personnes et de leurs prénoms?

Oui Non

*Avez-vous des difficultés à suivre les étapes d'une activité qu'on vous donne?

Oui Non

*Au cours d'une activité, êtes-vous gêné par les bruits de fond permanents (télévision, discussions des autres...)? Oui

Non

Axe D: Adaptation et inadaptation avec la maladie (schizophrénie)

*Resentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement actuel?

Mal. Bien. Indifférent

*Est-ce que vous avez accepté la chronicité de votre maladie mentale? Oui. Non

*Est-ce que vous avez des difficultés à vivre avec cette maladie? Oui. Non

*Est-ce que il y a des personnes qui souffrent de cette maladie dans ta famille?

*Lequel ou lesquels?

Mère. Père. Frère. Sœur. Non

*Vous avez des autres maladies psychiques en plus de votre maladie psychiatrique actuelle

*Est-ce que votre maladie à changé beaucoup de choses dans votre vie ?

Oui Non

*Quelle image avez-vous de la société ?

* Comment les membres de la société vous perçoivent en tant que personne malade?

*Comment vous ressentez-vous?

*Avez-vous les capacités mentales requises pour pouvoir vous a adapter à la société ?

Oui. Non

Axe E: indicateur du délire

*Est ce que tu parles seul?

*Est ce que tu entends des voix de l'extérieur?

*Est ce que tu te sens exploiter par quelqu'un ?

*Est ce que tu te sens exploiter par les amis

*Est ce que tu sens que t'es menacé ?

*Est ce que tu sens que y a des complots contre toi ?

*Est ce que tu te sens que tu n'existes pas ?

*Est ce que tu sens que les gens veulent te nuire physiquement, moralement et familialement ?

*Est ce que tu te sens dirigé par des forces intérieures et extérieures ?

*Est ce que tu te sens que t'a des meilleures idées par rapport aux autres ?

*Est ce que tu sens que vous avez des sensations pénibles ?

*Est ce que tu sens des changements corporels ?

*Est ce que tu crois que personne ne t'aime ?

-Le questionnaire s'agit de :

Ce questionnaire a été élaboré par le groupe PRIME de la faculté de médecine de l'université de Yale, pour but mesurer la psychose (schizophrénie)

a. J'ai l'impression que les autres contrôlent ce que je pense et ce que je ressens.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

b. Je vois ou j'entends des choses que les autres n'entendent ou ne voient pas.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

c. J'ai l'impression qu'il m'est très difficile de m'exprimer avec des mots

que les autres peuvent comprendre.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

d. J'ai le sentiment de n'avoir absolument rien en commun avec les autres, y compris mes amis et ma famille.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

e. Je crois en plus d'une chose sur la réalité et le monde qui m'entoure que personne d'autre ne semble croire.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

f. Les autres ne me croient pas quand je leur raconte ce que je vois ou ce que j'entends.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

g. Je ne peux pas faire confiance à ce que je pense parce que je ne sais pas si c'est la réalité ou non.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

h. J'ai des pouvoirs magiques que personne d'autre ne possède ou ne peut expliquer.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

i. Il y a des gens qui veulent me faire du

mal. Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

j. J'ai de la difficulté à contrôler mes pensées

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

k. Je suis injustement traité parce que les autres sont jaloux de mes capacités particulières.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

l. Je parle à une ou plusieurs personnes qui sont dans ma tête que personne d'autre ne peut entendre.

Pas du tout

Juste un peu

Quelque peu

Modérément

Beaucoup

Tout le temps

-La clé de correction

14 et plus: suggestif de la psychose. (schizophrène)

10 - 13: Psychose possible. (schizophrène)

0 - 9: Il est peu probable qu'il s'agisse d'une psychose. (schizophrène)

<https://www.esantementale.ca/index.php?m=survey&ID=6>

Résumé :

Cette étude porte sur " la nature de délire chez les personnes atteintes d'un trouble schizo-affectif ", son objectif est de déterminer la nature de chaque cas, et comment il se manifeste. En effet, elle s'est effectuée au sein de l'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir, elle porte sur quatre cas : 3 de sexe masculin et 1 de sexe féminin, afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode descriptive et l'étude de cas, ainsi que l'entretien clinique et le questionnaire.

Les résultats obtenus ont révélé un niveau de psychose suggestif pour les quatre cas.

Mots clés: psychose, schizophrénie, schizo-affectif, délire, la nature de délire.

Abstract :

This study focuses on "the nature of delusions in people with schizoaffective disorder", its objective is to determine the nature of each case, and how it manifests. Indeed, it was carried out within the psychiatric hospital of Oued Ghir, it concerns four cases: 3 male and 1 female, in order to carry out this work, we opted for the descriptive method and the case study, as well as the clinical interview and the questionnaire.

The results obtained revealed a suggestive level of psychosis in for cases.

Keywords: psychosis, schizophrenia, schizoaffective, delirium, nature of delirium.