



جامعة بجاية
Tasdawit n'Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane MIRA de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de Fin de Cycle

En vue de l'obtention du diplôme de

Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

Modalités d'accompagnement adoptées par les familles des malades mentaux suicidants hospitalisés.

Etude clinique de quatre cas au service de psychiatrie du CHU Frantz Fanon de Bejaia

Réalisé par :

M^{elle} BOUZIDI Hanane

Sous la direction de :

M^r FERGANI Louhab

Année universitaire 2017/ 2018

Remerciements

Je tiens à remercier mon encadreur Mr FERGANI Louhab pour l'orientation, la confiance et la patience sans lesquels ce travail n'aurait pas pu être mené au bon port.

Je tiens à exprimer mes sincères remerciements à tous les professeurs qui nous ont enseigné et qui par leurs compétences nous ont soutenu dans la poursuite de nos études.

Mes vifs remerciements vont également aux membres du jury, pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche en acceptant d'examiner mon travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Je remercie également tous ceux qui se sont montrés compréhensifs à l'égard de mon objectif.

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail à celle qui m'a donné la vie, le symbole de tendresse, à ma Mère. A mon Père qui s'est sacrifié pour mon bonheur et ma réussite.

A la mémoire de mes grands parents paternels. A mes chers grands parents maternels.

A mon adorable sœur, à mon frère. A toutes mes tantes et oncles, cousins et cousines. A toute ma grande famille.

A mes chères amies.

A toute l'équipe de la Fondation Méditerranéenne du Développement Durable Djanatu al-Arif

A tous ceux qui me sont chères.

A tous ceux qui m'aiment. A tous ceux que j'aime.

Hanane

Table des matières

Introduction générale	1
------------------------------	---

Partie théorique

Chapitre I : La maladie mentale

Préambule	6
1. Histoire et évolution du concept de la maladie mentale	6
2. Définition de quelques concepts	8
3. Approches nosographiques de la maladie mentale	9
3.1. Approche syndromique	9
3.2. Approche psychopathologique	12
4. Approches théoriques de la maladie mentale	14
5. Epidémiologie des maladies mentales	19
5.1. Les facteurs de risque de la maladie mentale	20
5.2. Les maladies mentales les plus fréquentes	23
5.3. Prévention et dépistage des maladies mentales	28
Synthèse	29

Chapitre II : Le suicide

Préambule	31
1. Historique du suicide	31
2. Définition des concepts	32
3. Epidémiologie suicidaire	34
4. Facteurs de risque du suicide et de tentatives de suicide	36
5. Les approches théoriques du suicide	37
6. Tentatives de suicide et maladies mentales	39
6.1. Tentative de suicide et dépression	40
6.2. Tentative de suicide et schizophrénie	41
6.3. Tentative de suicide et le trouble bipolaire	42
6.4. Tentative de suicide et le trouble de personnalité	43
7. La prise en charge des tentatives de suicide	44
Synthèse	47

Chapitre III : La famille

1. Préambule	49
1. Histoire de la famille	49
2. Définitions du concept de la famille	52

3. Les différents types de familles	53
4. Approches psychologiques de la famille	54
5. Les fonctions familiales	57
6. La famille algérienne	58
7. la famille entre maladie mentale et suicide	59
7.1. La famille face à la maladie mentale de l'un de ses membres	59
7.2. La famille face aux tentatives de suicide de l'un de ses membres	59
7.3. Les conséquences de ces tentatives de suicide sur la famille	60
7.4. Réactions de la famille face aux tentatives de suicide	62
Synthèse	63
Problématique et hypothèses	65

Partie pratique

Chapitre IV : Méthodologie de la recherche

Préambule	72
1. La méthodologie de recherche	72
1.1. La méthode clinique de recherche	72
1.3. L'étude de cas	73
2. La population d'étude	73
3. L'outil de recherche	75
3.1. L'entretien clinique de recherche	75
3.2. Le guide d'entretien	78
3.3. Dossier médical	78
4. Déroulement de la recherche	79
Synthèse	81

Chapitre V : Présentation, discussion et analyse des résultats

Préambule	83
1. Présentation et analyse de la famille Ramy	83
2. Présentation et analyse de la famille Yacine	88
3. Présentation et analyse de la famille Mohand	92
4. Présentation et analyse de la famille Lyna	96
5. discussion générale des hypothèses	99

Conclusion générale	104
Références bibliographiques	107
Annexe	

Introduction générale

Le suicide et la tentative de suicide constituent de nos jours un grave problème de santé publique qui a des effets dommageables à long terme sur les personnes, les familles et les communautés. Ces comportements constituent encore aujourd'hui une énigme redoutable pour les cliniciens, c'est un moment de rupture dans l'existence d'un être vivant ou d'un ensemble d'êtres.

Le suicide correspond à la mort tragique prématurée et souvent inattendue d'un individu quant à la tentative de suicide renvoie à tout acte intentionnel posé par une personne dont le but de se suicider mais qui n'aboutit pas à la mort.

L'Algérie est confrontée de plus en plus à ce phénomène qui ne cesse de prendre des proportions alarmantes dans notre société, tenu secret et considéré comme tabou par les familles des suicidants, bien que souvent plusieurs cas de suicide aient été caché par une mort accidentelle, un tabou qui est brisé ces derniers temps par les études qui ont été faite dans le but de la sensibilisation de la prévention du passage à l'acte suicidaire.

En effet d'après les résultats des études d'autopsies psychologiques, le suicide et la santé mentale sont profondément reliés. On estime dans le monde entier qu'environ 90 % des personnes décédées par suicide étaient aux prises avec une maladie ou un problème associé à la santé mentale. (Bernard & Brisset, 1989, p. 95)

Comme nous avons dit en haut, le suicide et la tentative de suicide engendrent des effets dommageables sur l'entourage et la famille, raison pour la quelle nous avons décidé de mener notre thème de recherche sur ; les modalités d'accompagnement de la famille des malades mentaux suicidaires, et bien précisément les malade mentaux suicidants c'est-à-dire la réaction de la famille et les stratégies qu'elles adopte pour en faire face à cet acte violent, non seulement sa maladie mentale et aussi le passage à l'acte suicidaire.

Dans le cadre de notre recherche, nous avons eu l'occasion de réaliser notre stage pratique au service de psychiatrie de Frantz Fanon à Bejaia, c'est un service de soin spécialisé en psychiatrie ou de problèmes de la santé mentale. La majorité des cas rencontré présentent des troubles psychotiques.

Ainsi notre étude comporte deux parties principales dont la première est la partie théorique qui contient trois chapitres ; dans le premier chapitre nous avons abordé la maladie mentale,

nous avons parlé de manière générale sur la maladie mentale, son historique, son épidémiologie, les maladies les plus fréquentes...etc. Puis dans le deuxième chapitre nous avons passé au suicide de manière générale et surtout de la problématique des tentatives de suicide et le plus important lien qui existe entre maladie mentale et suicide de manière générale.

Après avoir présenté le chapitre de la maladie mentale et celui du suicide, nous aborderons le troisième chapitre de « la famille » et plus précisément les familles ayant un membre malade sur le plan mentale et ayant effectué une ou plusieurs tentatives de suicide graves. Donc au début nous avons parlé de la famille de manière générale, typologie de la famille, caractéristiques de la famille algérienne, puis nous avons parlé de l'état de la famille face à la maladie mentale et aux tentatives de suicide de son proche.

Puis dans la deuxième partie qui renvoie à la « partie pratique », nous avons inséré deux chapitres dont l'un est celui de la méthodologie de la recherche dans lequel nous avons introduit la méthode de recherche que nous avons suivi qui est « la méthode clinique qualitative », l'outil d'investigation que nous avons utilisé durant notre enquête qui s'agit du « guide d'entretien », comme nous avons fait aussi référence aux dossiers médicaux des malades pour avoir des informations générales sur les sujets et voir aussi la trace de la famille dans à l'intérieur. Et la présentation de notre lieu de recherche. Et le dernier chapitre qui porte sur la présentation, l'analyse et la discussion des résultats.

A fin de terminer notre étude de recherche, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et un annexe.

Le choix de ce thème dépend de l'importance de la pathologie suicidaire elle-même et sur la gravité de ce problème d'autant inquiétant surtout avec l'augmentation du taux des tentatives de suicide dans le monde entier et surtout en Algérie et même au niveau locale c'est-à-dire ici à Bejaia, et aussi voir les différentes réactions de la famille face à cette situation pénible et lourde pour elle.

Ce choix du sujet dépend et motivé par des facteurs subjectifs et objectifs :

Voir les différentes réactions des familles face à cet acte, non seulement la maladie mentale a causé des changements radicales qui sont pénibles, la famille est de nouveau face à un acte plus violent.

On voulait approfondir nos connaissances par rapport au rôle de la famille dans son accompagnement face à cet acte violent.

Nous avons choisi ce thème « modalités d'accompagnement adoptées par les familles des malades mentaux suicidants » dans le but de comprendre plus profondément ce phénomène et vouloir apporter des nouvelles connaissances sur ce sujet.

Et pour cerner la problématique des modalités d'accompagnement des malades mentaux suicidaires, on déterminera d'abord les différentes réactions des différentes familles de malades mentaux suicidants afin de détecter la nature de son accompagnement de ce dernier.

Partie théorique

Chapitre I

La maladie mentale

Préambule

L'OMS définit la santé mentale comme « un état de bien être permettant à chacun de reconnaître ses propres capacités, de se réaliser, de surmonter les tensions normales de la vie, d'accomplir un travail productif et fructueux, et de contribuer à la vie de sa communauté ». Selon cette définition, être en bonne santé mentale ne consiste donc pas uniquement à ne pas avoir de maladie.

La maladie mentale parfois appelée trouble mental, est un ensemble de manifestations cliniques d'ordre psychologique et comportemental qui ne sont pas toujours aisées à identifier, en d'autres termes c'est une maladie qui touche au psychisme de l'individu et affect ses pensées ou son comportement. Schizophrénie, troubles affectifs, troubles de l'alimentation, troubles de la personnalité... font partie des maladies mentales mais il en existe bien d'autres.

Dans ce premier chapitre nous allons décrire de manière générale la maladie mentale qui constitue en soi un problème important de santé publique en raison de sa forte prévalence, et de son lourd fardeau.

1. Histoire et évolution du concept de la maladie mentale

1.1. L'époque antique

A travers les époques la conception de la maladie mentale a connue un véritable bouleversement de l'époque antique en passant par le moyen âge jusqu'aujourd'hui.

La maladie mentale n'a pas été toujours expliquée de façon aussi rationnelle que nos jours, pire encore, les personnes souffrants de maladies mentales bien longtemps appelées fous, et ils n'ont pas été traités avec soin.

Cette époque se fonde sur la théorie humorale élaborée par Hippocrate. Dans cette perspective, la santé physique comme psychique, repose sur l'équilibre des humeurs (bile noire, bile jaune, phlegme, sang) et sur l'équilibre des qualités qui les accompagnent (chaud, froid, sec, humide.) la maladie en général est la conséquence de leur déséquilibre. Il n'y a pas de véritable dichotomie entre maladie de l'âme et maladie du corps. L'école hippocratique distingue plusieurs entités nosologiques dont certaines demeureront : la frénésie, la léthargie, la manie, ou la mélancolie. Les deux premières dans la perspective hippocratique sont des folies aiguës avec fièvre, l'une désignant un état d'excitation (la frénésie), l'autre un état

d'abattement profond (la léthargie). Leur correspondent deux folies chroniques sans fièvre : la manie, avec excitation, et la mélancolie, avec abattement. (Kapsambelis, 2012, p. 21, 22)

1.2. Le moyen âge

Les malades relèvent de la Médecine ou de la religion. Le trouble mental qui est l'équivalent de la possession démoniaque et du péché conduit souvent à l'Inquisition et au bûcher (milliers de femmes et enfants torturés ou brûlés sur la place publique), avec l'autorisation du pape Innocent VIII et le soutien de l'empereur Maximilien 1^{er}.

Simultanément, apparaît le début de l'Assistance aux malades, mais plus sur un mode charitable que médical. Les Frères de la Charité organisent des maisons en Espagne et en France. Les premières institutions pour hospitalisation des fous apparaissent en 1173 à Bagdad, à Montpellier (1178), plus tard à Londres (le Bedlam) au 16^{ème} siècle.

Au XVI^{ème} siècle Jean de Wier en Belgique défend la thèse médicale des troubles psychiques et éloigne la théorie satanique. (Hey, Bernard & Brisset, 1989, p. 58)

1.3. Les XVII^{ème} et XVIII^{ème} siècles

C'est l'époque du dualisme cartésien qui sépare le corps et l'esprit : (« je pense donc je suis... »).

C'est surtout l'époque de la naissance des asiles, et de la loi des aliénés.

En 1656 est fondé l'Hôpital Général de Paris en vue d'enfermer les malades mentaux, insensés, mendiants, prostituées et correctionnaires, par lettre de cachet de l'autorité royale, le plus souvent à la demande des familles. Ainsi on protège la cité des malades, tout en s'occupant de ceux-ci. L'insuffisance des hôpitaux est complétée par les dépôts de mendicité et les maisons de force.

En 1800, après avoir enlevé les chaînes aux aliénés à Bicêtre, Pinel écrit le « traité médico-philosophique sur l'aliénation mentale ou la manie ». Ce traité diffusé en Europe marque la naissance de la Psychiatrie. (Kapsambelis, 2012, p. 25)

1.4. Le XIX^{ème} siècle : la naissance de la Psychiatrie

Elle se développe en Allemagne en opposant les partisans des causes psychiques (Heinroth) et des causes organiques (Griesinger).

En France naissent les premières classifications des maladies mentales avec Esquirol (les monomanies) et Chaslin (la folie discordante).

La naissance de la psychiatrie moderne est indissolublement liée à un nom; celui de Philippe Pinel, et à un acte de naissance ; l'arrivée de celui-ci à l'hôpital de Bicêtre en 1793. L'émergence de la discipline psychiatrique proprement dite ne se fait pas par hasard dans le sillage de la révolution française : moment où la folie devient l'objet d'une connaissance clinique où se détermine la signification de l'enfermement asilaire qui va dominer la prise en charge de la folie tout au long du XIXème siècle.

Pour Kraepelin la maladie mentale est une maladie du cerveau et le malade est caractérisé, pour lui, par sa configuration de symptômes : c'est le fonctionnement et non le contenu de la pensée qui l'intéresse. Kraepelin distingue les maladies curables (délires fébriles et toxiques, manie, mélancolie, confusion), les maladies incurables (folie périodique à forme délirante, circulaire et mélancolique ; folie systématisée à forme dépressive de persécution ou expansive de grandeur ; dégénérescence psychique ; névrose généralisées comme la neurasthénie ou l'hystérie) et les maladies à marche chronique (intoxications chroniques à l'alcool ou à la morphine, démence sénile et anomalies de développement comme l'idiotie ou le crétinisme). C'est dans les éditions successives de son traité que le troisième groupe des maladies incurables est devenu l'entité « démence précoce », regroupant en 1906 la paraphrénie, l'hébéphrénie, la démence paranoïde et l'hébéphréno-catatonie. (Kapsambelis, 2012, p. 31)

1.5. Le XXème siècle

Au début du XXème siècle c'est la floride époque descriptive des aliénistes français : délire chronique interprétatif (Sérieux et Capgras), bouffée délirante aiguë (Magnan), psychose hallucinatoire chronique (G. Ballet), folie maniaco-dépressive (J. Baillarger, J.P. Falret).

La psychiatrie du XXème siècle est influencée par la révolution psychanalytique dont le père fondateur est Sigmund FREUD. Puis la révolution de la neurologie et les neurosciences. Et enfin avec l'essor de la psychologie expérimentale, comportementale, puis cognitive. (Kapsambelis, 2012, p. 37)

2. Définition de quelques concepts

2.1. La maladie mentale

- La maladie mentale est synonyme du « trouble mental » ; maladies plus ou moins clairement délimitées par exemple : dépression majeur, psychose paranoïaque, trouble obsessionnel compulsif...etc. (Thomas & al, 2014, p. 23)

- Un trouble mental est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement. (DSM5, 2015, p. 23)
- Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) : « la santé mentale est un état complet de bien-être physique, mental et social et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie mentale. Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent, mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues. » (OMS, 2018)

2.2. Malade mental

Personne atteinte de trouble ou maladie mentale. (Larousse, 2013, p. 225)

2.3. Souffrance psychique

État de mal-être qui n'est pas forcément révélateur d'une pathologie ou d'un trouble mental. Cette détresse indique la présence de symptômes anxieux et dépressifs, peu intenses ou passagers, ne correspondant pas à des critères diagnostiques et qui peuvent être réactionnels à des situations éprouvantes et à des difficultés existentielles. Si la souffrance est temporaire et fait suite à un événement stressant, on la considère comme une réaction adaptative normale. En revanche, lorsqu'elle devient intense et perdure, elle peut constituer l'indicateur d'un trouble psychique. (Thomas & al, 2014, p. 24)

3. Approches nosographiques de la maladie mentale

La nosologie est la science des critères de classification des maladies sur laquelle repose la nosographie. (Thomas & al, 2014, p. 25)

3.1. Approche syndromique

Il existe deux systèmes nosographiques psychiatriques syndromiques utilisés au niveau international :

3.1.1. La CIM 10

La classification internationale des maladies (10^{ème} version), est une classification rédigée par l'OMS et qui classe toutes les maladies, dont les troubles psychiatriques. Le chapitre V de la CIM-10 est entièrement consacré aux troubles mentaux et du comportement. Il nomme les maladies et troubles, comme les autres chapitres, mais comprend aussi des descriptions cliniques et des directives pour le diagnostic ainsi que des critères diagnostiques pour la recherche. La CIM-10 classe les troubles mentaux et du comportement dans les catégories suivantes :

- Troubles mentaux organiques, y compris les troubles symptomatiques. Exemples : démence de la maladie d'Alzheimer, delirium.
- Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de substances psychoactives. Exemples : utilisation d'alcool nocive pour la santé, syndrome de dépendance aux opioïdes.
- Schizophrénie, troubles schizotypiques et troubles délirants. Exemples : schizophrénie paranoïde, troubles délirants, troubles psychotiques aigus et transitoires.
- Troubles de l'humeur [affectifs]. Exemples : trouble affectif bipolaire, épisode dépressif.
- Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes. Exemples : anxiété généralisée, troubles obsessionnels-compulsifs.
- Syndromes comportementaux associés à des perturbations physiologiques et à des facteurs physiques. Exemples : troubles de l'alimentation, troubles du sommeil non organiques.
- Troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte. Exemples : personnalité paranoïaque, transsexualisme.
- Retard mental. Exemples : retard mental léger, retard mental moyen, retard mental grave.
- Troubles du développement psychologique. Exemples : troubles spécifiques de la lecture, autisme infantile.
- Troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance ou à l'adolescence. Exemples : trouble hyperkinétique, troubles des conduites, tics.
- Trouble mental, sans précision. (trouble mental, sans autre indication)

(CIM10, 1994)

3.1.2. Le DSM5

5^{ème} révision du « diagnostic and statistical manual » rédigé par l'APA (Association américaine de psychiatrie) qui classe uniquement les troubles psychiatriques.

Cette 5^{ème} révision se compose de 3 sections présentées dans le tableau ci-dessous :

Section I :

Elle contient une introduction, utilisation du manuel et la mise en garde pour l'usage médico-légal du DSM-5.

Section II :

On trouve dans cette deuxième section du manuel les différents critères diagnostiques et codes ;

- Troubles neurodéveloppementaux.
- Spectre de la schizophrénie et autres troubles psychotiques.
- Troubles bipolaires apparentés
- Troubles dépressifs.
- Troubles anxieux.
- Troubles obsessionnels-compulsif et apparentés.
- Troubles liés à des traumatismes ou à des facteurs de stress.
- Troubles dissociatifs.
- Troubles à symptomatologie somatique et apparentés.
- Troubles des conduites alimentaires et de l'ingestion d'aliments.
- Troubles du contrôle sphinctérien.
- Troubles de l'alternance veille-sommeil.
- Dysfonctions sexuelles.
- Dysphorie de genre.
- Troubles disruptifs, du contrôle des impulsions et des conduites.
- Troubles liés à une substance et troubles addictifs.
- Troubles neurocognitifs.
- Troubles de la personnalité.
- Troubles paraphiliques
- Autres troubles mentaux.
- Troubles des mouvements et autres effets indésirables induits par un médicament.
- Autres situations pouvant faire l'objet d'un examen clinique.

Section III :

Consacrée aux « mesures et modèles émergents ».

Et enfin on trouve aussi des annexes
(DSM5, 2015)

3.2. Approche psychopathologique

La psychopathologie est une spécialité qui s'intéresse à la compréhension et à l'explication des troubles mentaux. (Thomas & al, 2014, p. 30)

• La psychanalyse

La nosographie psychanalytique repose sur le repérage et la discrimination dans la cure des mécanismes psychiques à l'origine des signes cliniques. Par rapport à la psychiatrie, d'une part, les troubles manifestes sont moins importants que les contraintes de répétition ; d'autre part, la détermination de groupes homogènes de patients, indispensable pour l'évaluation des effets des médicaments psychotropes, est sans objet. Bien au contraire, l'analyste, en état d'attention « également soutenue », doit s'efforcer de ne privilégier aucune donnée particulière pour se repérer uniquement sur les « associations libres » du patient qui idéalement devient « inclassable ».

Freud a développé la théorie et la classification des névroses : d'une part, il a décrit de nouvelles entités cliniques (névrose d'angoisse, névrose phobique, névrose obsessionnelle, narcissisme moral et masochisme moral) ; d'autre part, il a opposé aux « névroses actuelles », (névrose d'angoisse, neurasthénie et hypocondrie), dues à des perturbations dans l'actualité de l'existence de la vie du patient, les « psychonévroses de défense » contre l'angoisse dont les symptômes traduisent un conflit psychique inconscient remontant à l'enfance. La névrose est le négatif de la perversion. L'hystérie occupe une position paradigmatique car les névroses dans leur ensemble sont définies par rapport à cette affection : si la névrose phobique est une hystérie d'angoisse, la névrose obsessionnelle en est un dialecte particulier. Névroses actuelles et psychonévroses de défense sont des « névroses de transfert », susceptibles de tirer bénéfice d'une cure alors que les « névroses narcissiques » (les psychoses) en constituent des contre-indications car la névrose de transfert (dans laquelle sont transférés sur l'analyste les images et conflits du passé infantile) indispensable pour accéder à l'inconscient ne se met pas en place. Depuis, les particularités du transfert psychotique ayant été mieux repérées, le

concept de « névrose narcissique » est devenu caduc. Les « névroses symptomatiques » se distinguent des « névroses de caractère » et des « névroses de destinée ».

Par ailleurs, Freud a proposé en 1905 une nosographie nouvelle des « aberrations sexuelles » : chacune d'entre elles étant déterminée par une fixation à une phase du développement de la sexualité infantile, les « pervers sexuels » ne sauraient plus être considérés comme des « dégénérés » pour être perçus en quelque sorte comme de grands enfants fixés, contrairement aux adultes ordinaires, aux « phases préliminaires » du coït. Ce travail est également le premier où « l'inversion » a été exclue du champ de la perversion. Ce dernier terme, désignant une pratique sexuelle déviante « prégénitale » ne doit pas être confondu avec la « perversité », forme de malhonnêteté intellectuelle.

En 1953, l'introduction du structuralisme en psychanalyse par Jacques Lacan a conduit à repérer pour chaque sujet la structure psychique (névrotique, psychotique ou perverse) qui le déterminerait. À partir des années 1970, des auteurs ont souligné l'importance de troubles inclassables par la perspective structuraliste. Pour l'essentiel ils résultent d'atteintes précoces de l'identité (troubles du narcissisme, « états-limite », « personnalités comme si », « faux-selves », « psychose blanche », tendances antisociales, « normopathie »), des pathologies traumatiques, des troubles psychosomatiques (« pensée opératoire », « dépression essentielle ») et des états d'addiction et de dépendance (« addiction à l'autre », « psychose froide » de l'anorexie, « perversion narcissique »).

Aujourd'hui, les psychanalystes mettent à l'épreuve les théories susceptibles de mieux accompagner l'évolution des cures chez les « nouveaux patients ». Lorsqu'une théorie nouvelle est plus satisfaisante que celles qui l'ont précédé, elle tend peu à peu à les éliminer – ce processus est favorisé par les échanges entre pairs, ce qui justifie le regroupement des psychanalystes au sein d'associations scientifiques au fonctionnement démocratique. Autrement, le risque n'est pas toujours évité, comme l'a souligné en 1996 Otto Kernberg, ancien président de l'Association psychanalytique internationale, que la créativité soit sacrifiée au profit d'un conformisme de groupe.

Pour les tenants de cette approche, déclarer un patient « guéri » n'implique pas que ses troubles aient disparu mais que, par la cotation des items de l'échelle, la note obtenue rentre dans les limites de la « normale », même si les plaintes persistent. Ainsi, il s'agit d'un système autoréférencé qui ne satisfait, en fait, à aucun critère scientifique réel. En psychanalyse, l'idéal de normalité n'est pas l'absence de symptômes mais la capacité pour le sujet, dans la

pleine conscience de son histoire, de se dégager de la répétition et d'accroître ses capacités créatrices pour accéder à un compromis harmonieux entre ses exigences pulsionnelles et les contraintes du réel. En d'autres termes, le projet de la cure est de parvenir à aimer et à travailler. Deux modes d'évaluation sont alors envisageables : l'un portant sur les résultats, l'autre sur les processus. Comme l'ont confirmé les travaux catamnésiques de Rolf Sandell, les bénéfices d'une cure s'accroissent avec le temps : le patient, sortant d'un processus de répétition, diversifie progressivement ses investissements et ses choix existentiels deviennent plus heureux. Les psychanalystes souscrivent volontiers à la maxime de Montaigne : « Ce n'est pas assez de compter les expériences, il faut les peser et les assortir, il faut les avoir digérées et alambiquées pour en tirer les raisons et les conclusions. » (Lepastier, 2013, p. 102-103)

4. Approches théoriques de la maladie mentale

4.1. Approche médicale et psychiatrique

L'approche médicale et psychiatrique, adossée à un présupposé naturaliste, présente plusieurs aspects selon lesquels la maladie est simplement décrite à partir de ses symptômes et comme une anomalie, qu'elle est définie par référence à l'aliénation et comme exprimant des troubles psychiques profonds, privant un individu de ses facultés mentales. S'inscrit dans cette catégorie toute qualification faisant mention d'une altération passagère du jugement, de la maîtrise de soi, d'égarement. Elle intervient également lorsque la maladie est caractérisée par ses aspects biologiques ou génétiques, lorsqu'elle est appréhendée, à partir d'un point de vue fonctionnaliste, comme un dysfonctionnement, un handicap ou un défaut de type fonctionnel. L'évocation de la désorganisation de la pensée constitue une sous-occurrence de la représentation de la maladie comme dysfonctionnement.

L'approche médicale, tout en étant centrée sur l'individu, s'attache aux symptômes, aux troubles, aux aspects pathologiques du comportement et à leur correction. Elle se veut objectiviste. (Senon, Lafay, Paget & Manzanera, 2010, p. 2)

4.2. Approche psychanalytique

C'est un modèle majeur des explications des troubles mentaux, le plus ancien modèle explicatif de la psychopathologie.

L'approche psychanalytique est venue offrir à la psychiatrie une opportunité de traitement sans précédent. La psychiatrie s'est approprié la technique psychanalytique et en a fait un outil de traitement. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 14)

Elle concerne essentiellement la théorie freudienne. Freud a développé un système de compréhension, d'explication et de prise en charge des troubles mentaux qui, à l'origine, s'adressait avant tout à des patients névrotiques. Ce modèle a été développé par ses successeurs (ex ; Lacan) à d'autres types de pathologies comme les troubles psychotiques.

La théorie élaborée par Freud repose sur l'élaboration d'une métapsychologie qui a pris deux formes :

- la première topique : conscient, préconscient, inconscient
- la deuxième topique : ça, moi, surmoi

L'explication des phénomènes psychopathologiques fournie par cette théorie repose sur l'interprétation d'évènements vécus pendant l'enfance. Ces évènements peuvent ressurgir à d'autres périodes du développement sous des formes variées telles que les lapsus, les rêves, les actes manqués. D'autres manifestations sont les symptômes, ce à quoi va s'attacher le psychanalyste pour expliquer ces phénomènes concernant la dimension inconsciente, c'est à dire la signification cachée.

Ce modèle attribue à l'inconscient un rôle pathogène dominant, c'est un modèle explicatif psychogénétique de la maladie mentale très séduisant, mais très mal adapté à la vérification scientifique. Freud et ses disciples, en particulier Karl Abraham, ont développé une correspondance entre les différentes affections et les différents stades du développement psycho-affectif.

Schématiquement, les troubles, issus des 6 premiers mois de la vie au cours de laquelle se développe le stade orale, sont corrélés à l'autisme préverbal et les schizophrénies.

La deuxième partie du stade oral introduit des fantasmes cannibaliques de l'enfant qui mord et dévore l'objet extérieur, elle est corrélée à des fantasmes d'omnipotence et de soumission, et prédisposerait à la manie et à la mélancolie.

Le stade anal se caractérise par une érotisation de l'expulsion des produits fécaux symbolisant l'ambivalence (amour et haine), noyau de la psychose paranoïaque.

La deuxième partie de ce stade est caractérisée par un sentiment de dégoût et de maîtrise de l'objet propre à la névrose obsessionnelle.

A la phase œdipienne et à l'angoisse de castration qui lui est contemporaine, correspondrait le conflit œdipien qui serait à la base de l'organisation des névroses phobiques et hystériques.

Cette présentation caricaturale doit être modulée, elle est aujourd'hui dépassée. Ce modèle, malgré les différentes adaptations, reste préconçu sans aucune possibilité de vérification scientifique ; il faut se souvenir qu'à l'époque où ce modèle a été proposé, les autres modèles qui postulaient une causalité mécaniste ou organique, n'étaient pas au moins spéculatifs. Il reste, par ailleurs, le seul modèle capable de donner un sens aux symptômes et de traquer les coins les plus obscurs de la pensée humaine. Les motivations inconscientes du comportement humain normal ou pathologique demeurent, aujourd'hui encore indispensable à la compréhension de la psychologie humaine. (Kacha, 2002, p. 47-48)

Cette manière de concevoir le psychisme humain et ses dysfonctionnements a conduit Freud à l'élaboration de la cure psychanalytique qui repose sur deux principes fondamentaux : la règle de la libre association et l'élaboration d'un transfert. (Senon, Lafay, Paget & Manzanera, 2010, p. 3)

4.3. Approche phénoménologique

La phénoménologie s'est développée dans la première partie du XX^{ème} siècle dans la suite des travaux des philosophes Husserl et Heidegger. La phénoménologie descriptive a été développée par Jaspers dans son traité de psychopathologie générale publié en 1913. Jaspers développe une phénoménologie psychopathologique qui vise à donner du sens au vécu que le patient peut avoir de sa maladie. Une démarche différente a été développée par Binswanger qui a créé la Daseinanalyse ; attitude thérapeutique qui vise à « comprendre l'homme en situation ». Binswanger consacra une partie importante de ses travaux à l'étude phénoménologique de la mélancolie.

C'est dans cette direction que travaillera Tellenbach qui proposera une analyse très approfondie de la mélancolie. Pour lui, la mélancolie n'est pas uniquement assimilable à un trouble de l'humeur, elle est aussi une faille dans l'organisation psychologique du sujet et concerne le dépassement de soi, la réalisation sociale et la morale personnelle. En France, Minkowski proposera une étude de très approfondie de la phénoménologie de la schizophrénie. Tatossian développera la clinique phénoménologique avec un recentrage des

psychoses, travail que reprend aussi Jean Naudin. (Senon, Lafay, Paget & Manzanera, 2010, p. 4)

Ce que vise à restaurer la phénoménologie c'est une forme de compréhension des vécus, des tableaux psychiatriques décrits comme spécifiquement incompréhensibles par Karl Jaspers. (Kapsambelis, 2012, p. 153)

4.4. Approche systémique

Ce modèle a une origine anglo-saxonne. Dans les années 50, Bateson réalise des travaux sur l'analyse systémique des troubles schizophréniques. L'originalité de ce modèle concerne le niveau d'analyse auquel il s'intéresse. Dans ce modèle, l'analyse de la pathologie ne se fait plus uniquement à partir de l'observation du patient (et, du fait de la description de ses symptômes) mais elle se fait aussi autour d'une modalité de communication et d'interaction qui structure la cellule familiale dans laquelle le patient évolue.

Ce modèle considère que le patient est victime d'un système familial qui est pathologique. Il met l'accent sur le rôle de l'environnement réduit à l'étude du système familial dans le développement des troubles mentaux. Dans ce modèle, le facteur clé du développement d'une pathologie est le système de communication, d'interaction entre les membres d'une même famille. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 17)

Les travaux réalisés par Bateson et ses successeurs (école de Palo-Alto) prennent appui sur la théorie de la communication dont les trois principes intéressants dans l'analyse des pathologies mentales sont :

- Prendre en compte la communication digitale et la communication analogique (communication verbale et non verbale)
- il est impossible de ne pas communiquer. Dans une situation de communication, même le silence a une valeur significative, interprétative pour l'interlocuteur. il est chargé d'un sens plus ou moins explicite dont l'interprétation va être laissée à celui à qui il s'adresse.
- La méta-communication : il s'agit de la capacité de communiquer sur la communication. Elle va être plus souvent sollicitée dans des conditions particulières d'interaction où on va détecter une ambiguïté. Celle-ci est souvent relative à l'intention communicative du locuteur. On utilise cette capacité de méta communication quand on a des doutes sur ce que l'autre veut dire. C'est un concept important car selon Bateson, quand cette méta-communication dysfonctionne, les patients n'ont pas la capacité de tenir

un discours cohérent, logique voire compréhensible. Ce serait le cas des patients schizophrènes.

Ce modèle est à l'origine de la création des thérapies familiales. Elles ont comme particularités d'être des thérapies qui nécessitent l'intervention de la famille (au sens personnes vivant sous un même toit). Le modèle s'est élargi aux conduites addictives, des troubles des conduites alimentaires et leur prise en charge. (Kapsambelis, 2012, p. 165)

4.5. Approche cognitivo-comportementale

Les cognitivo-comportementalistes ne nient pas l'inconscient mais ils lui supposent une autre nature que les psychanalystes. Il serait « fait d'habitudes comportementales et idéiques, de réactivités émotionnelles spécifiques. Les cognitivistes eux aussi cherchent à connaître et à contrôler le domaine inconscient et à introduire une rationalisation équilibrée. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 16)

L'approche comportementale en psychiatrie s'est développée dans les suites des travaux de Pavlov dans les années 1930, surtout dans les pays anglosaxons. La réflexologie et le conditionnement ont leur importance en psychiatrie tant au niveau clinique que thérapeutique. Sur le plan clinique, le comportementalisme permet de rendre compte d'une part par importante de la pathologie mentale comme pouvant s'inscrire comme un comportement adaptatif au stress environnemental. Sur le plan thérapeutique, dans la suite des travaux de Watson, de Skinner ou de Wolpe, elle permet de développer des thérapies dites « comportementales ». Plus tard Bandura introduit la notion de « renforcements intérieurs » avec l'étude des croyances, des attentes et des pensées.

L'approche cognitiviste s'appuie sur l'affirmation que les processus de pensée conscients ou inconscients peuvent faire l'objet d'une investigation scientifique et d'une démarche expérimentale. Pour le cognitivisme, les informations, les représentations qu'elles engendrent, et les systèmes logiques qui en découlent, peuvent être modélisés et le psychisme alors considéré comme un système fonctionnel qu'il est possible en thérapie de travailler en s'appuyant notamment sur les croyances, les logiques intérieures comme les événements. Beck travaille sur les schémas cognitifs responsables de croyances dysfonctionnelles en appliquant notamment ses travaux à la dépression. (Senon, Lafay, Paget & Manzanera, 2010, p. 5)

4.6. Approche bio-psycho-social

C'est le modèle le plus utilisé par la psychiatrie contemporaine. Ce modèle, considéré comme fondamental, intègre les trois composantes de l'être humain : biologique, psychologique et sociale. Il ne suppose aucune causalité linéaire ou unidimensionnelle. Même si un désordre biochimique est identifié comme ayant provoqué des troubles schizophréniques, la maladie s'exprime cliniquement et la biochimie ne peut expliquer tous les aspects de la maladie. Même si elle est une condition nécessaire, elle ne peut être suffisante, ni pour rendre compte des aspects cliniques évolutifs de la maladie ni pour expliquer le pourquoi d'une décompensation à un moment précis de l'histoire du patient.

Toutes les maladies peuvent se manifester sur le plan comportemental, mais une composante psychologique (vécu du malade) et sociale (interaction avec milieu familiale, profession, Ets.) est toujours présente. (Kacha, 2002, p. 48-49)

5. Épidémiologie de la maladie mentale

L'épidémiologie a pour objectif d'étudier la distribution des maladies dans les populations pour connaître les facteurs de risques qui déterminent ou accompagnent leur survenue. Il s'agit d'une méthode qui permet de déterminer la fréquence des maladies ou des faits de santé « épidémiologie descriptive », d'identifier des facteurs de risque ou de vulnérabilité « épidémiologie analytique » et d'évaluer l'efficacité des méthodes d'intervention, de soins ou de prévention « épidémiologie évaluative ». (Kapsambelis, 2012, p. 61)

Les principales études épidémiologiques menées en population générale ont été l'étude ECA et la National Comorbidity Study conduites aux États-Unis. Elles ont permis avec d'autres enquêtes menées, entre autres, en Europe comme l'étude ESEMeD de chiffrer la prévalence sur la vie entière des différents troubles mentaux.

Les troubles les plus fréquents sur l'ensemble de la vie sont connus depuis l'étude ECA : les troubles phobiques 14.3%, l'alcoolisme 13.8%, l'anxiété chronique ou dites généralisée et les autres troubles anxieux 8.5%, les troubles dépressifs environs 10%, dont 6.4% pour l'épisode dépressif majeur et 3.3% pour la dépression mineure chronique ou dysthymie. La fréquence des toxicomanies et des troubles cognitifs témoins d'une pathologie organique cérébral ont chacun une prévalence qui avoisine 6%, la schizophrénie environ 1.5% et la manie 0.8%.

En France, les troubles psychotiques représentent, dans la population adulte environs 400000 individus avec 10000 à 20000 nouveaux cas par ans. Environ un quart de décès par suicide surviennent chez des patients schizophrènes. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 28.29)

En Algérie, La question de la santé mentale persiste encore un tabou qu'il ne faut pas aborder malgré que ce soit une réalité à laquelle on ne peut pas s'échapper. La situation est alarmante où (3 à 7% de la population doivent bénéficier d'un traitement psychiatrique) avec un (01) Algérien sur trois (03) serait sujet à la dépression (étude suisse, Novembre, 2007 au Congrès international de psychiatrie d'Alger). Ces chiffres sont moins alarmants par rapport à d'autres données par une étude américaine qui estime entre 10 et 12% de la population souffrant de maladies mentales dans le pays. Ces données ne semblent pas refléter la réalité par ce qu'on leurs familles ne procèdent pas à la déclaration du fait qu'il s'agisse du tabou ou par ce que, ces familles, les ignorent. Une autre étude algérienne révèle que les maladies mentales en Algérie sont avec un taux de 5 %, et constituent chez l'adulte une cause de morbidité chronique non négligeable. (Moeti, 2016, p. 16)

5.1. Les facteurs de risque de la maladie mentale

5.1.1. Facteurs sociodémographiques

- L'âge :

Certains troubles mentaux se voient exclusivement chez les enfants, d'autres apparaissent ou évoluent à l'adolescence, et enfin d'autres ne se voient qu'à l'âge adulte

Byrne (1980) a montré que les sujets âgés surévaluent les items anorexie, ralentissement psychomoteur et sous-évaluent les items agitation et irritabilité. Ils peuvent considérer certains signes comme normaux alors qu'un sujet jeune les perçoit comme pathologiques.

- Le sexe :

Chez l'enfant et l'adolescent, toutes les pathologies ont une prévalence ou une incidence qui diffèrent selon le sexe : plaintes somatiques, pensées dépressives, conduites alimentaires, etc. (Marcelli et Braconnier, 2009). Les consultations en pédopsychiatrie sont plus fréquentes chez les garçons pour des troubles es conduites et des troubles de l'apprentissage avant l'adolescence. A l'adolescence, cette différence tend à s'inverser et nous retrouvons d'avantage de troubles mentaux chez les filles que chez les garçons.

Chez les sujets adultes, il ya des différences significatives entre les hommes et les femmes dans la prévalence et la nature des troubles psychiatriques. La dépression est plus fréquente chez les femmes.

Les troubles des conduites alimentaires et les troubles dits « somatoformes » sont également plus fréquents chez les femmes.

La prépondérance féminine des taux de névrose et de dépression est compensée par la prépondérance masculine dans la psychopathie et l'alcoolisme. A la différence des troubles dépressifs et anxieux, les personnalités antisociales (psychopathie) sont quatre à cinq fois plus fréquentes chez l'homme.

Les troubles psychotiques comme la schizophrénie sont aussi fréquents chez les hommes que chez les femmes mais ils surviennent plus tardivement (4 à 5 ans) chez les femmes.

Les troubles liés à l'usage des substances sont plus fréquents chez les hommes, ainsi que les troubles du comportement : troubles des conduites et des impulsions. (Kapsambelis, 2012, p. 69-70)

5.1.2. facteurs psychosociaux

- Le mariage :

Globalement, les sujets divorcés ou séparés présentent un risque de troubles psychiatriques plus élevé que les sujets mariés ou célibataires. Le mariage semble jouer un rôle protecteur chez l'homme et pathogène chez la femme, augmentant chez elle la vulnérabilité à la dépression.

- Milieu rural et milieu urbain :

De nombreuses études ont montré un taux de troubles dépressifs plus élevé dans les villes qu'à la campagne. Les taux de schizophrénie sont eux deux fois plus élevés en milieu urbain, et 3 à 5 fois plus élevés chez les migrants. Ces différences seraient expliquées par des interactions entre le patrimoine génétique et l'environnement. (Kapsambelis, 2012, p. 71)

- Professions :

Il est généralement admis que les conditions de travail ont une influence sur la santé, notamment psychique. Une étude américaine a déterminé trois professions à risque de dépression : les avocats, les conseillers et enseignants spécialisés, et les secrétaires. Par ailleurs, trois groupes professionnels semblent être liés à un risque de suicide plus élevé

que le reste de la population : médecins, et notamment les psychiatres, les infirmières et les vétérinaires. (Kapsambelis, 2012, p. 73)

- Créativité et psychoses :

Les personnes exerçant une profession artistique présentent plus fréquemment des épisodes délirants. La relation entre créativité et psychose a fait l'objet de plusieurs études. La maladie mentale a émaillé la vie de nombreux artistes (Camille Claudel, Charles Gounod...) la créativité implique sans doute un certain « décalage » par rapport à ce qui est communément admis comme « la réalité » ; sans doute, certaines personnes, en raison de leur fragilité, leur personnalité et/ou la qualité de leur entourage n'arrivent-elles pas à domestiquer ce décalage.

- Le niveau social :

Plusieurs études ont montré une relation positive entre la prévalence des troubles mentaux et le bas niveau socio-économique.

Toutefois, il est difficile de savoir s'il s'agit d'une cause, d'une conséquence, ou d'un biais méthodologique. Certains auteurs attribuent cette corrélation au fait que les classes défavorisées présentent plus d'affections somatiques. Etant donné de nombreuses interactions entre les différents facteurs, il est très difficile de parler d'une relation de cause à effet.

- Les facteurs culturels :

L'étude des différences interculturelles doit tenir compte des traitions cliniques internationales ainsi que de l'hétérogénéité et de l'inégalité de l'accessibilité aux soins. Les spécialistes qui travaillent sur la santé mentale dans différentes cultures sont mis en évidence des ensembles de symptômes retrouvés uniquement dans une culture appelés « syndromes culturels »

- Les évènements de vie stressants :

Certains évènements de vie dans l'enfance telles les ruptures familiales, la violence domestique ou les conditions socio-économique défavorables sont associés à un risque plus élevé de dépression à différents âges de la vie (Widom et al., 2007, Roustit et al., 2007). Les évènements de vie stressants sont des facteurs favorisant la survenue des troubles dépressifs et précipitant les rechutes. Le lien entre l'émergence dépressive et la survenue d'évènements stressants semble plus franc dans les dépressions dites

réactionnelles. Il semble que les dépressions psychotiques soient moins sensibles aux évènements de vie. (Kapsambelis, 2012, p. 73-74)

5.1.3. Les facteurs génétiques

De nombreuses études ont calculé le risque de présenter une maladie mentale en fonction du degré de parenté avec un membre de la famille malade. Les variables génétiques sont étudiées par des enquêtes familiales. Plusieurs auteurs ont pu confirmer une influence génétique certaine en particulier pour les troubles bipolaires, la schizophrénie, l'autisme.

Toutefois, la maladie mentale ne répond pas à un modèle génétique simple et l'effet de l'environnement semble très important. Malgré les progrès de la génétique, aucun gène précis n'a encore été identifié pour une quelconque maladie mentale. La causalité d'une maladie mentale nécessite donc le recours à des modèles multifactoriels : l'apparition d'un trouble mental résulte de l'interaction entre les évènements, les prédispositions du sujet et la qualité du soutien relationnel à tous les âges de la vie. (Kapsambelis, 2012, p. 74)

5.2. Les maladies mentales les plus fréquentes

5.2.1. Les troubles dépressifs

Définition :

La dépression ou syndrome dépressif appartient aux troubles de l'humeur. Un épisode dépressif est caractérisé par une symptomatologie manifeste remarquablement en rupture avec l'état antérieur du sujet, avec un début parfois très brutal en quelques heures, ou plus progressif, en quelques semaines voire mois. Troubles du sommeil, anxiété et irritabilité sont parmi les symptômes prodromiques les plus souvent retrouvés. La durée minimale, nécessairement arbitraire, généralement retenue pour faire le diagnostic d'épisode dépressif est de deux semaines. (Pirlot & Cupa, 2012, p. 119)

Epidémiologie :

- 2 femmes pour 1 homme.
- Elle touche mondialement 300 million de personne.
- 50 à 80% des causes de suicide

(Pirlot & Cupa, 2012, p. 119)

Formes cliniques :

a) La mélancolie ;

Elle est caractérisée par la gravité de la symptomatologie : l'humeur dépressive marquée par l'intensité de la culpabilité et de la dévalorisation, le pessimisme, et la douleur morale, l'intensité du ralentissement psychomoteur ou l'agitation anxieuse...etc.

b) Les dépressions névrotiques ;

Essentiellement le fait des névrosés obsessionnels psychasthéniques épuisés par leur luttes intérieures, ou des névroses hystériques ayant perdu un objet ou un aspect d'eux-mêmes qui les phallicisait.

c) Les dépressions réactionnelles ;

Elles suivent un évènement de la vie actuelle qui prend une valeur traumatique. Ce sont des dépressions qui restent les plus proches du deuil.

d) La dépression atypique ;

Elle décrit le plus souvent une dépression coexistant avec des signes de psychose (schizophrénie) débutante : les éléments dépressifs (atonie, asthénie, ralentissement idéomoteur) côtoient un retrait affectif, une bizarrerie, une ambivalence (signe de dissociation) et un sentiment de dépersonnalisation. L'âge est un critère important.

e) dépression masquée ;

Elle est caractérisé par le « masquage » des symptômes dépressifs par d'autres symptômes ;

- Plaintes somatiques.
- Conduites alimentaires : anorexie / boulimie.
- Conduites d'addictions : toxique, alcool.

f) équivalents dépressifs.

Les symptômes de la dépression n'apparaissent pas et l'épisode dépressif prend les apparences d'un tableau névrotique, phobique, obsessionnel, ou hypocondriaque d'apparition récente ; ils peuvent être remplacés par des troubles du caractère, des conduites alimentaires (boulimie) ou sexuelles, des conduites toxicomaniaques ou des alcoolisations intermittentes.

g) Les dépressions secondaires ;

On appelle « secondaires » l'état dépressif qui apparaît au cours de l'évolution d'un tout autre tableau clinique.

h) La dépression de l'adolescent ;

Elle apparaît le plus souvent sous une forme masquée et très fluctuante : plaintes somatiques, asthénie, bouffées hypocondriaques et dysmorphobiques, trouble du caractère...etc.

i) La dépression du sujet âgé.

Elle présente des caractéristiques cliniques spécifiques : plaintes somatiques, idées de ruine...

(Pirlot & Cupa, 2012, p. 121)

5.2.2. Le trouble bipolaire

Définition :

La psychose maniaco-dépressive (PMD) ou trouble bipolaire apparaît dans le champ des désordres de l'humeur comme une entité clinique bien individualisée. Elle se caractérise cliniquement par la survenue de perturbations périodiques sous forme d'épisodes dépressifs graves (accès mélancoliques) et d'épisodes d'exaltation et d'euphorie maniaque.

Le malade retrouve son état pré morbide entre ces différents accès. On appelle cet état : l'intervalle libre.

Episodes maniaques : elle se définit par une humeur euphorique et/ou irritable, associée à une hyperactivité physique et psychique.

Episode dépressif : se définit selon les mêmes modalités qu'un état maniaque, en regroupant trois types de symptômes : l'humeur triste ou tonalité triste des affectes et/ou la perte d'intérêt ou de plaisir pour toutes les activités, des idées ou tentatives de suicide, le ralentissement idéique, le ralentissement moteur auxquels peuvent s'ajouter des manifestations physiques dont les modifications des conduites alimentaires et les perturbations du sommeil. (Pirlot & Cupa, 2012, p. 129)

Selon le DSM 5, « les troubles bipolaires sont catégorisés en trouble bipolaire de type I, trouble bipolaire de type II et trouble bipolaire non spécifié. Les troubles bipolaires de type I sont caractérisés par la présence d'au moins un épisode maniaque ou mixte. Les troubles

bipolaires de type II sont caractérisés par la survenue d'un ou de plusieurs épisodes dépressifs majeurs et d'au moins un épisode d'hypomanie. » (DSM5, 2015, p. 145)

Epidémiologie du trouble bipolaire :

L'épidémiologie du trouble bipolaire a été longtemps limitée à celle de la psychose maniacodépressive, avec un taux de prévalence de 1%. Le champ des troubles bipolaires s'est considérablement élargi, intégrant les troubles bipolaires de type II et III et plus récemment les formes brèves récurrentes, les troubles saisonniers, les tempéraments hyperthymiques et cyclothymiques.

L'âge de début est précoce. Cette pathologie touche fréquemment l'adolescent et le jeune adulte. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 303)

Les différentes formes :

✚ Le trouble bipolaire de type I (TPI) ;

Il se caractérise par l'alternance d'épisodes de manie et d'épisodes dépressifs majeurs ou plus modérés.

✚ Le trouble bipolaire de type II (TPII) ;

Il se caractérise par la présence d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques.

✚ Le trouble bipolaire de type III (TPIII) ;

Il se caractérise par la récurrence d'épisodes dépressifs majeurs avec des antécédents familiaux de manie ou d'états maniaques ou hypomaniaques induits par des antidépresseurs.

✚ Le trouble unipolaire ;

Egalement connu sous le terme de dépression récurrente, il est caractérisé par la survenue d'au moins deux épisodes dépressifs majeurs successifs (c'est-à-dire après une phase de guérison d'un épisode antérieur d'au moins 2 à 6 mois) chez un même sujet. (Kampsambelis, 2012, p. 595)

5.2.3. La schizophrénie

Définition :

Le terme de « schizophrénie » vient du grec schizein, qui signifie « couper », « scinder », et de phren, le « cerveau ». Il évoque la faille ou la dislocation qui affecte

l'ensemble de la vie psychique du sujet et qui va constituer ce qu'on appelle le syndrome de dissociation. On regroupe actuellement, sous ce terme au pluriel, un groupe de psychoses ayant un noyau sémiologique commun : la dislocation. (Pirlot & Cupa, 2012, p. 164)

Epidémiologie :

Pour la plupart des populations étudiées, la moyenne est comprise 0.60% et 1%. C'est une affection qui débute entre 15 et 30 ans dans 75% des cas. La fréquence est la même pour les deux sexes. (Pirlot & Cupa, 2012, p. 165)

Les formes cliniques :

✚ Schizophrénie paranoïde:

Elle est la plus fréquente. Elle est caractérisée par l'importance des syndromes psychotiques. En revanche, il ya peu de symptômes négatifs ou de désorganisation. Son début est tardif, aigu et son évolution épisodique. Le fonctionnement prémorbide est adapté, et le degré détérioration cognitive modéré. Le pronostic serait meilleur que celui des autres formes cliniques.

✚ Schizophrénie hébéphrénique :

Cette forme, appelée aussi schizophrénie désorganisée, les symptômes de désorganisations sont au premier plan. Les symptômes psychotiques sont absents ou pauvre. Le début est précoce, dans l'adolescence, insidieux, et l'évolution est plutôt continue. Le fonctionnement cognitif est sévèrement altéré et un état de plus en plus déficitaire compromet toute possibilité d'adaptation sociale.

✚ La forme catatonique :

C'est une forme dans laquelle le sujet est en grand danger, est devenue très rare dans les pays développés. Elle reste fréquente en Afrique.

✚ La forme résiduelle :

Dans la forme résiduelle, ne persistent d'une schizophrénie qui s'est manifesté antérieurement que des symptômes négatifs, ou des symptômes positifs mineurs. Cette forme est différente de la schizophrénie simple, qui se manifeste dès le début par l'apparition de symptômes négatifs entraînant progressivement un fléchissement de l'activité scolaire ou professionnelle et une désinsertion sociale.

✚ Dépression post-schizophrénique :

L'épisode dépressif post-schizophrénique conserve quelque éléments de la symptomatologie schizophrénique (syndrome de référence, activité hallucinatoire atténuée), tout en présentant un tableau où des éléments typiquement dépressifs (tristesse de l'humeur, culpabilité, pessimisme, sentiment d'absence de perspectives) se mêlent à des symptômes qui pourraient appartenir à la symptomatologie négative (retrait, anhédonie, aboulie, émoussement affectif) et à d'autres qui pourraient être en rapport avec des effets secondaires psychiques du traitement neuroleptique. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 263-264)

5.2.4. Le trouble borderline

Définition :

Le trouble borderline ou état limite fait partie des troubles de la personnalité. Gunderson a décrit la triple instabilité des patients borderline : instabilité de l'identité de l'affectivité et des cognitions.

Selon le DSM-5 « la personnalité borderline est caractérisé par une impulsivité marquée et une instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects. (DSM5, 2015, p. 759)

Epidémiologie :

Les données rapportées par les études épidémiologiques retrouvent des prévalences du trouble borderline en population générale de 0.5 à 5,9% (S. Lenzenweger et al. 2008), avec un sexe ratio femmes/supérieur à 1, compris entre 2 et 3. (Kapsambelis, 2012, p. 646)

5.3. Prévention et dépistage des maladies mentales

Selon l'OMS en 1948 : « la prévention est l'ensemble des mesures visant à éviter ou réduire le nombre et la gravité des maladies, des accidents et des handicaps ».

L'OMS distingue trois types de prévention :

a) La prévention primaire

Qui est l'ensemble des actes visant à réduire les risques d'apparitions de nouveaux cas. Sont par conséquent pris en compte à ce stade de la prévention, les conduites individuelles à risque, comme les risques sociétaux ou environnementaux. Elle s'intègre, entre autres, dans les actions générales de santé publique.

b) La prévention secondaire

Dont l'objectif est de diminuer la prévalence d'une maladie dans une population. Ce stade recouvre les actes destinés à agir au tout début de l'apparition du trouble ou de la pathologie afin de s'opposer à son évolution ou encore faire disparaître les facteurs de risque. Cette prévention inclut également tous les actes de diagnostic et de prise en charge précoce.

c) La prévention tertiaire

Qui intervient à un stade où il importe de diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récives dans une population et de réduire les complications, invalidités ou rechutes consécutives à la maladie. Cette prévention vise donc la réadaptation socioprofessionnelle et passe par une meilleure optimisation thérapeutique.

(Thomas & al, 2014, p. 34)

Synthèse :

La maladie mentale fait tellement peur en raison de ses lourdes répercussions, ce qui fait que la vie d'une personne atteinte d'une pathologie mentale est complètement bouleversée par les effets de cette dernière. Certaines études ont montré que la pathologie mentale pourrait être parmi les facteurs poussant le sujet malade au passage à l'acte suicidaire, chose que nous allons bien détailler dans le suivant chapitre.

Chapitre II

Le suicide

Préambule

Le suicide est un acte volontaire posé par un sujet individuel. Il est toutefois très souvent associé à la maladie mentale, à un déséquilibre mental, car on conçoit difficilement qu'une personne mentalement bien équilibrée se donne la mort.

Le suicide est secondaire par exemple à la dépression, le trouble bipolaire et la schizophrénie car les suicides y sont particulièrement très fréquents. Dans ce présent chapitre nous aborderons à la suite du premier chapitre la problématique suicidaire sous tous ses aspects et son lien avec la maladie mentale.

1. Historique du suicide

Au cours des siècles et selon les cultures, le comportement suicidaire a fait l'objet de maintes pensées versatiles. Pour Aristote, le suicide est un acte de lâcheté lorsqu'il est effectué dans le but de fuir des afflictions. Platon nuance son propos en soulignant le soulagement qu'il peut procurer en cas de maladie douloureuse et incurable. L'hégémonie de l'empire romain divise le peuple en interdisant le suicide aux esclaves mais en l'autorisant aux autres citoyens.

Au paroxysme du moyen âge, le suicidé est ainsi privé de commémoration funéraire et d'accès à dieu. Non seulement le passage à l'acte suicidaire (PAS) est perçu comme une violation des lois divines mais il est de plus jugé par des instances autoritaires humaines, qui élèvent celui-ci au rang de crime.

A la mesure des bouleversements de l'histoire, le champ des connaissances se dégage progressivement du pouvoir de l'état et de la religion.

Nietzsche, parmi d'autres, pose alors les bases de ce qui va constituer le paradoxe philosophique entre la promotion de la vie, exprimé tout au long de son œuvre, et l'apaisante perspective d'en finir en cas de situation pénible : « la pensée du suicide est une puissante consolation, elle nous aide à passer maintes mauvaises nuits ». A peine quelques années plus tard, Durkheim publie son étude sur le suicide, dans laquelle il expose sa fameuse classification (égoïste, altruiste, anémique). Le suicide devient un objet d'étude pour les sciences humaines et s'enrichit au début du XXème siècle de notions telles que « mélancolie », « pulsion de mort », « Nirvana » (Freud). La révolution psychologique naissante s'habille d'un jargon scientifique et s'impose dans le monde des idées. Pour avoir créé le Los Angeles Center for Suicide Prevention en 1958, Edwin Scheidman est aujourd'hui

considéré comme le père de la discipline nommée « suicidologie ». Les idées se développent aussi en philosophie : en 1942, Camus reconceptualise de manière vertigineuse le suicide dans son rapport à la mort. « Il n'y a qu'un problème philosophique sérieux : c'est le suicide ». L'existence est un mouvement de révolte contre l'absurdité de la finitude.

Aujourd'hui, des unités hospitalières spécialisées dans le suicide fleurissent un peu partout en France et dans le monde (société Franco-algérienne de psychiatrie, 2008). De plus en plus d'auteurs penchent sur la fabrication d'une nosographie claire des passages à l'acte. (Vandevoorde, 2013, p. 7-8)

Le suicide est strictement interdit en islam :

On retrouve, dans le coran le verset suivant : « ne tuez pas vos personnes ! Dieu vous est Miséricordieux ! Qui par agressivité et iniquité commettrait ce crime, nous le ferons bruler au feu. C'est pour Dieu bien facile ». (Coran, 4 :29-30)

Dans la tradition (parole du prophète), on rapporte le « hadith » suivant :

« Quiconque se précipite du haut d'une montagne et se tue sera jeté dans la géhenne où il ne cessera de dégringoler éternellement. Quiconque se tue à l'aide d'un poisson gardera ce poisson en enfer. Quiconque se tue à l'aide d'une lame, celle-ci restera dans sa main et plongée dans son ventre en enfer où il restera éternellement ». (Rapporté par Boukhari, 5778)

2. Définitions des concepts

2.1. Le suicide

- Le terme « suicide » créé par Thomas Browne vient du latin « sui » ; (se, soi) et « caedere » ; (tuer)= se tuer soi-même, c'est un acte par lequel le sujet se donne volontairement la mort, le suicide est donc le meurtre de soi-même. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 547)
- Le suicide est une mort causée par soi-même avec n'importe quelle intention de mourir à l'origine du comportement. (Vandevoorde, 2013, p. 10)
- Selon l'OMS : « le suicide, c'est l'acte de mettre fin à ses jours ». les troubles mentaux (dépression, troubles de la personnalité, dépendance à l'alcool ou schizophrénie par exemple) certaines maladies physiques comme les troubles neurologiques, le cancer et

l'infection à VIH sont des facteurs de risques du suicide. Il existe des stratégies et des interventions efficaces pour prévenir le suicide. (OMS, 2018)

Le suicidé : est l'individu qui s'est donné la mort volontairement. (Vandevorde, 2013, p. 11)

2.2. La tentative de suicide

Est un comportement non fatal, autoinfligé, potentiellement préjudiciable, sous-tendu par n'importe quelle intention de mourir. (Vandevorde, 2013, p. 10)

L'OMS la nomme comme « lésions auto-infligées » a défini la tentative de suicide comme étant : « acte sans issue fatale, réalisé volontairement par un individu, constitué de comportements inhabituels qui peuvent avoir des conséquences dommageables sans l'intervention d'autrui ou qui se traduit par l'ingestion de substances en excès par rapport à une prescription médicale ou par rapport à ce qui est reconnu comme une posologie thérapeutique et ce, dans le but d'induire les changements espérés ».

La terminologie « lésions auto-infligées » utilisée par l'OMS a été reprise dans la CIM dans laquelle les suicides et les TS sont rangés en fonction des moyens utilisés. (OMS, 2018)

Le suicidant : Désigne un individu qui a déjà réalisé au moins une tentative de suicide. (Vandevorde, 2013, p. 11)

2.3. Les idées suicidaires (idéations suicidaires)

Regroupent n'importe quelles pensées, images, croyances, voix, ou autres cognitions rapportées par une personne et concernant la fin de sa vie. (Vandevorde, 2013, p. 10)

2.4. La crise suicidaire

La crise suicidaire est une crise psychique dont le risque majeur est le suicide. Il s'agit d'un moment dans la vie d'une personne, où celle-ci sent dans une impasse et est confrontée à des idées suicidaires de plus en plus envahissantes. Le suicide apparaît alors de plus en plus à cette personne comme le seul moyen pour se débarrasser de sa souffrance et pour trouver une issue à cet état de crise. (Pirlot & Cupa, 2012, p. 112)

2.5. L'acte suicidaire

Regroupe à la fois le suicide et la tentative de suicide (TS). L'expression est utilisée quand une personne essaie de se suicider ou se suicide avec n'importe quelle intention de mourir. (Vandevorde, 2013, p. 10)

3. Epidémiologie suicidaire

3.1. La problématique suicidaire dans le monde

Depuis plusieurs années la communauté scientifique internationale se mobilise afin de mesurer l'ampleur des passages à l'acte suicidaires dans le monde. Les dernières estimations de l'OMS (2005, 2006, 2009) s'élèvent à environ 1 million de morts par suicide sur le globe au cours de l'année deux mille. Ce nombre de décès a augmenté de 60% ces quarante-cinq dernières années, que se soit dans les pays développés ou en voie de développement. 1 suicide toutes les 40 secondes et 20 fois plus de tentatives de suicide. Une mort par suicide affecte au moins 6 personnes dans l'entourage et parfois jusqu'à près d'une centaine. (Vandevoorde, 2013, p. 11)

3.2. La problématique suicidaire en France

La France fait malheureusement partie des cinq pays de l'union européenne où l'on se suicide le plus souvent avec la Finlande, la Belgique, l'Autriche et le Luxembourg. En 2010, le centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès recense 10 334 morts par suicide, dont 7 606 hommes et 2 728 femmes. En raison des biais liés au remplissage des certificats médicaux de décès, ce chiffre apparaît sous-évalué de 20%. Une enquête réalisée en 2003 rapporte que 8% de la population adulte déclarent avoir fait au moins une tentative de suicide dans sa vie (échantillon représentatif de 36 000 personnes). 2% de la population présenteraient un risque suicidaire élevé. De même, le système de soins français a estimé le nombre de patients reçus pour tentative de suicide à 195 000 en 2002. (Vandevoorde, 2013, p. 12)

3.3. La problématique suicidaire au Maghreb

Le Dr Bensmail, psychiatre algérien, s'est basée sur des études, souvent ponctuelles et fragmentaires, pour avancer les taux suivants concernant le Maghreb (Maroc, Algérie, Tunisie) :

- Pour les tentatives de suicide, leur taux annuel, tout en restant en deçà des chiffres européens, ne présente pas de différence notable pour les trois pays. Ils sont de 31 à 34 pour cent mille (100000) habitants. Avec une très forte prédominance juvénile (70% chez les moins de 25ans) et notamment féminine avec en moyenne deux femmes pour un homme. Et aussi tout de même un pourcentage insignifiant pour les personnes âgées (plus de 60ans) de 0 à 0,7%.

- Pour les suicides, les taux annuels sont relativement faibles : 2 pour 100000 habitants en Algérie et au Maroc, il est de 4.5 pour 100000 habitants en Tunisie.
(Mimouni, 2010, p. 22)

3.4. La problématique suicidaire en Algérie

En Algérie, un suicide toutes les 12heures. Cela fait 728 décès par an, et un taux de 2.4/100 000 habitants. En finir avec la vie, n'est pas vraiment vouloir mourir, mais plutôt fuir une réalité trop dure à supporter ; une violence extrême, qui laisse souvent les différents membres dans un choc et le désarroi. (Mimouni, 2010, p. 21)

Le taux des suicides réalisés est plus important chez les hommes que chez les femmes, mais la différence ce n'est pas importante et le sex/ratio s'inverse en milieu urbain. La courbe de mortalité par suicide, s'élève avec l'âge. La corrélation entre isolement social et suicide est ancienne : le veuvage, le célibat, le divorce ainsi que le degré de non-intégration sociale (anomie) semblent jouer un rôle favorisant. Les principaux moyens utilisés sont l'ingestion de psychotropes et la défenestration en milieu urbain, la pendaison et l'intoxication au parathion en milieu rural. Les autres moyens sont les toxiques ménagers, le gaz, les armes blanches, la noyade.

Le taux annuel des tentatives de suicide est de 34,1 pour 100 000 habitants. Beaucoup plus fréquentes (15 fois plus que le suicide), elles sont surtout l'œuvre d'adolescents (76% dont $\frac{3}{4}$ sont des femmes), 6% sont des récidivistes. Les procédés utilisés font appel, en premier lieu, aux psychotropes puis aux produits ménagers (eau de javel, esprit de sel) enfin à la phlébotomie. Ces tentatives s'inscrivent souvent dans un contexte socioculturel de crise. Les suicidants cherchent une fuite dans le sommeil, un apaisement à leur culpabilité ou une expression de leurs pulsions agressives envers leurs parents et leur entourage. (Kacha, 2002, p. 345)

4. Facteurs de risques du suicide et de tentatives de suicide

4.1. Suicide

Tableau n°1 : facteurs de risque du suicide (Guelfi & Rouillon, 2012, p 811, 812)

Facteurs de risque psychosociaux :	Facteurs de risque environnementaux :	Facteurs de risque socioculturels :
<ul style="list-style-type: none"> - Tentative de suicide antérieure - Troubles mentaux - Alcool et autres troubles d'abus de substances - Faible estime de soi - Tendances impulsives et/ou agressives - Histoire de trauma ou abus - Certaines maladies physiques majeures 	<ul style="list-style-type: none"> - Perte de travail ou perte financière - Perte relationnelle ou sociale - Accès facile à des moyens mortels - Histoire familiale de suicide 	<ul style="list-style-type: none"> - Manque de soutien social et sentiment d'isolement - Barrières pour accéder aux soins de santé - Exposition à d'autres suicides dans l'entourage

4.2. Tentative de suicide

Il existe plusieurs facteurs qui peuvent déclencher la tentative de suicide :

a) Facteurs précipitant

Comparée à la population générale, les personnes qui tentent de se suicider doivent faire face à quatre fois plus d'événements de la vie familiale stressante dans les six mois précédant l'acte.

Les difficultés sont variées avec au premier plan des querelles récentes avec le conjoint. On peut également citer la séparation ou le rejet de la part du partenaire, la maladie d'un membre de la famille, une maladie physique récente...etc.

b) Facteurs de prédisposition

Il existe des preuves que la perte précoce d'un parent, à travers le deuil, ou des antécédents de négligence ou de sévices de la part des parents sont plus fréquent chez les personnes qui font des tentatives de suicide. On dispose aussi des données prouvant le rôle des variables de personnalité. Cela inclut des capacités réduites dans la résolution de problèmes interpersonnels et dans la planification de l'avenir. Le désespoir et l'impulsivité sont les deux facteurs psychologiques les plus souvent impliqués.

c) Les troubles mentaux

Les études portant sur les patients admis en urgence suite à une tentative de suicide, ont révélé que le taux de dépression lors de l'arrivée à l'hôpital est élevé. Une minorité non négligeable entre 5 et 8% des patients souffrent également de trouble psychotique. Une proportion de patients souffre également de problèmes d'abus de substances, alcool, ou drogue. (Mimouni, 2010, p. 25)

Tableau n°2 – récapitulatif facteurs de risque suicide vs tentative de suicide. (Référence : Jérémie Vandevoorde, 2013, p. 27)

Suicide	Tentative de suicide
Homme, âgé, la répétition du passage à l'acte intervient plus tard, milieu rural, mode opératoire plus dangereux, corrélation importante avec une affection psychiatrique, diagnostic de psychose.	Femme, célibataire, niveau éducatif bas, chômage, mode opératoire moins dangereux, milieu urbain, corrélation moins importante avec une affection psychiatrique, trouble anxieux, socialement isolée.

5. Les approches théoriques du suicide

5.1. approche psychanalytique

Tout passage à l'acte représente une tentative de figuration d'une souffrance psychique qui ne trouve pas d'autre issue, tant que ses coordonnées n'auront pas été mises en perspective avec ce qu'elles traduisent d'achoppement, de perte et d'injonction chez chaque sujet.

C'est son étude sur la mélancolie qui fournit à Freud (1915) l'occasion d'aborder le suicide, non dans sa seule dimension de geste autopunitif, mais pour y révéler un désir de mort dirigé contre autrui. Dans cette même perspective, le suicide pour Menninger (1985) est : » un acte complexe où se mêlent trois dimensions : la mort, le meurtre et le souhait d'être exécuté qui révèlent trois motivations différentes ».

Grunberger (1971) et Kernberg (2001) ont poursuivi l'analyse de l'acte suicidaire en l'éclairant de sa dimension narcissique et en soulignant l'importance du rôle du surmoi et des idéaux. Si l'abandon, les séparations ou les échecs réactivent la dépréciation et la haine de soi, c'est d'abord parce que « l'incapacité à tolérer le manque en tant que support du désir fait

vivre au sujet tout achèvement, toute inadéquation à une image idéale de lui-même, comme une mutilation et une désagrégation de l'unité personnelle, d'où la tentative de tout immobiliser, dans la mort et dans le cadavre.

Le suicide se révèle inséparable d'une tentative de maîtrise, par laquelle le sujet se livre entièrement à lui-même, par où l'acte d'agression raisonne aussi comme une tentative de restaurer son intégrité et sa puissance. Et parce qu'il est sans retour, se séparant des équivoques inévitables de toute parole, alors l'acte suicidaire peut se signaler comme le seul acte qui ne soit pas manqué, au risque « de n'en rien savoir ». (Kapsambelis, 2012, p. 720-721)

5.2. Approche cognitive

Les études sur les distorsions cognitives prédictives d'un passage à l'acte suicidaire ont conduit A.T. Beck à individualiser la profondeur du désespoir comme étant un meilleur indicateur de comportement suicidaire que la sévérité de l'humeur dépressive. Neuringer a montré que les suicidaires avaient tendance à adopter un mode de pensée dichotomique à travers lequel le monde n'est entrevu qu'en termes binaires, les privant d'une souplesse psychique nécessaire à la résolution des difficultés rencontrées.

Quant à William, il a postulé l'existence d'un déficit qualitatif de la mémoire autobiographique, qui provoquerait des difficultés à la remémoration des « raisons de vivre » et des stratégies s'étant révélées efficaces lors de situations problématiques. (Kapsambelis, 2012, p. 721)

5.3. La théorie de la psychologie interpersonnelle

La théorie de la psychologie interpersonnelle a fait l'objet de plusieurs études qui ont notamment montré que :

- La conjugaison du sentiment de ne pas être connecté aux autres ou de n'appartenir à rien et d'être un poids pour autrui augmente l'occurrence des idées suicidaires.
- Plus le sujet a commis de gestes suicidaires et plus il a acquis une « capacité » ou une « compétence » pour faire des passages à l'acte.
- L'interaction entre les trois variables « sentiment d'être couteux pour les autres », « ne pas se sentir connecté aux autres » et « avoir des compétences suicidaires » distingue les suicidants des sujets avec idéation suicidaire sans passage à l'acte.

- Le facteur « plan suicidaire » est un meilleur prédicteur que le facteur « désir et idéation ».
- Les suicidants ont un niveau plus élevé de tolérance à la douleur. Ils pourraient s'exposer plus souvent à des stimuli provocants ou pénibles en guise d'habitude.

L'idée principale de cette théorie est d'affirmer que le désir suicidaire n'est pas suffisant pour passer à l'acte. Le sujet doit au préalable diminuer la peur inhérente au geste et s'habituer à la perspective de la douleur. Il s'entraînerait en prenant des risques, ce qui permettrait une habitude progressive et un amoindrissement des objections cognitives et volitionnelles au suicide.

Cette variable, seule, ne prédit pas le passage à l'acte. Elle se mêle à une caractéristique fréquente que l'on retrouve dans les notes posthumes des suicidés, à savoir le sentiment de gêner les autres ou d'en être distant. (Vandevorde, 2013, p. 72-73)

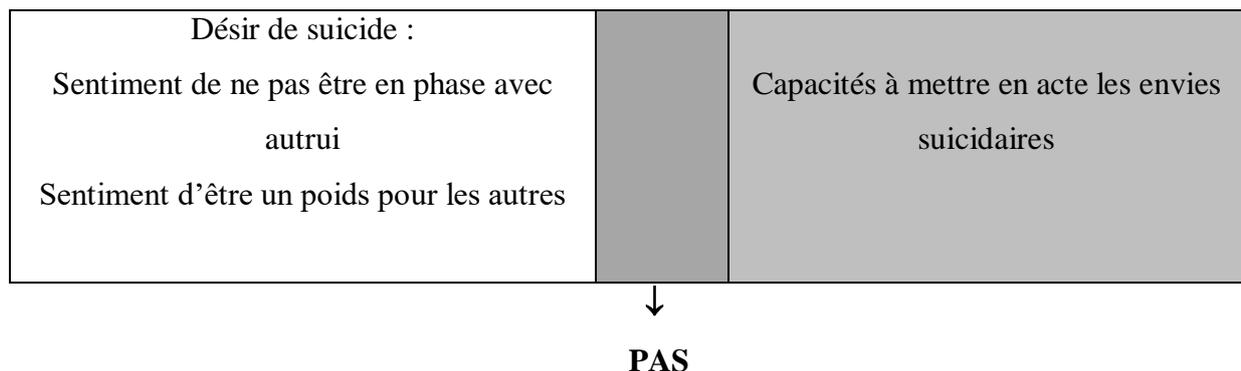


Figure 1 : résumé de la théorie interpersonnelle

6. Tentatives de suicides et maladie mentale

Toute une série d'études ont permis d'évaluer la répartition des diagnostics psychiatriques par ordre décroissant sont en cause : les troubles de l'humeur (dépression, trouble bipolaire), état psychotique (schizophrénie, troubles délirants), alcoolisme et toxicomanie, trouble anxieux, troubles de l'axe II (personnalité), inversement, laissées à elles mêmes, les maladies mentales majeurs font courir aux patients un risque très élevé de mort par suicide ; 10 à 20% (principalement schizophrénie, trouble bipolaire, alcoolisme et toxicomanie).

Plusieurs catégories de médicaments psychotropes ont montré leur efficacité anti-suicide : CLOZAPINE, LITHIUM, et antidépresseurs selon leur prescription appropriée à chaque diagnostic. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 548)

6.1. Tentatives de suicide et dépression

6.1.1. Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les déprimés

Tout patient déprimé peut mourir par suicide : « l'attrait pour la mort est presque de la constellation dépressive ». Cela signifie que le risque suicidaire doit être envisagé chez tout patient déprimé. Ce risque est toujours présent soit au début de la maladie, soit au cours de son évolution.

Il faut rappeler que 50 à 80% des suicides surviennent dans un contexte dépressif. L'appréciation de ce risque est donc un enjeu majeur pour le clinicien dans l'évaluation d'un patient déprimé. Par ordre de gravité croissante, cela peut être l'idée assez floue que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue, l'idée qu'il vaudrait mieux être mort mais sans que le patient n'envisage de passer à l'acte (idée suicidaire passive), l'idée de se donner la mort soi-même (idée suicidaire proprement dite, parfois qualifiée d'idée suicidaire active), et plus grave encore, l'élaboration d'un plan plus ou moins scénarisé avec choix d'une méthode précise voire d'une échéance définie, éventuellement imminente.

Dans un contexte de dépression, le suicide n'est presque jamais un choix mais simplement la seule solution trouvée par un patient pour échapper à une souffrance qui a atteint un seuil insupportable et qui perdure trop. (Guelfi & Rouillon, 2012, p. 549)

6.1.2. Facteurs de risque

- Sexe masculin (les hommes se suicident deux fois plus que les femmes).
- Isolement social et affectif.
- Survenue d'une rupture dans les six mois précédents le passage à l'acte.
- Intensité de la dépression.
- Verbalisation d'idées suicidaires précises, avec scénario de mise en acte.
- Antécédents personnels de tentatives de suicide.
- Comorbidité ; troubles anxieux, troubles de conduite, alcoolisme.

(Courtete & Olié, 2014, p. 6)

6.2. Tentatives de suicide et schizophrénie

6.2.1. Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les schizophrènes

Le risque suicidaire est tout aussi élevé, de l'ordre de 1/10 environs (Caldwell et Gottestman, 1990). Les sujets masculins, jeunes et toxicomanes sont les plus vulnérables, surtout dans les dix premières années de la maladie (Casadebaig et Philippe, 2000). Le risque suicidaire varie en fonction des formes cliniques : il est plus important pour les troubles schizoaffectifs que dans les formes paranoïdes, mais il est habituel de souligner la violence et la réalité des méthodes utilisées au cours du passage à l'acte (Baca-Garcia et al, 2004).

C'est au cours des phases précoces de la maladie, en particulier la première année qui suit le diagnostic, que les patients se suicident le plus souvent. (Kapsambelis, 2012, p. 716)

6.2.2. Facteurs de risque

- Facteurs sociodémographiques :

- Sexe : le taux de tentatives de suicide des sujets souffrant de schizophrénie semble équivalent dans les deux genres.
- Age : les comportements suicidaires, quels qu'ils soient, sont plus fréquents chez le sujet jeune. L'âge moyen du suicide dans la population souffrant de schizophrénie est de 34 ans. Le taux de suicide diminue avec l'âge pour atteindre 5% chez les patients de plus de 65 ans.

- Evènements de vie stressants :

L'existence d'un évènement stressant survenu récemment dans la vie des patients est associée au suicide.

- Perte d'un proche.
- Victime d'abus physique et/ ou de discrimination.
- Le sujet souffrant de schizophrénie est le plus souvent socialement isolé, célibataire, sans emploi.

- Antécédents :

- L'existence d'antécédents personnels d'idéations suicidaires, de projets et de tentatives de suicide est un facteur de risque majeur de suicide. Dans la majorité des cas, les patients ont communiqué à leur entourage leurs intentions suicidaires avant le passage à l'acte.
- La prise en compte des antécédents familiaux de conduites suicidaires est également fondamentale dans l'évaluation du risque.

- Le risque suicidaire augmente en présence d'hospitalisations fréquentes, courtes, ainsi qu'avec le nombre d'hospitalisations sous contrainte.

- Caractéristiques cliniques :

- Idée de persécution, ordres hallucinatoires.
- La description de symptômes dépressifs.
- Plaintes au sujet d'effets secondaires des traitements psychotropes.
- Abus de substances et d'alcool.
- Désir d'attirer l'attention

(Boughazi., 2015, p. 32)

6.3. Tentatives de suicide et le trouble bipolaire

6.3.1. Epidémiologie du phénomène suicidaire chez les patients bipolaires

Classée parmi les dix pathologies les plus invalidantes. Selon l'OMS, ils sont associés à un taux important de suicide (11 à 19%). Chaque année, 1500 personnes souffrant de trouble bipolaire décèdent par suicide. (OMS, 2018)

Il existe toujours dans la mélancolie un risque suicidaire élevé : l'intensité du ralentissement psychomoteur ne met pas à l'abri de ce risque. Le désir de mort est constant et permanent, et est parfois considéré par le patient comme un châtiment, une punition nécessaire voire une délivrance attendue, pour échapper aux souffrances dépressives.

6.3.2. Facteurs de risque

- Antécédents personnels ou familiaux de tentatives de suicide.
- Antécédents personnels et familiaux de trouble de l'humeur : les antécédents personnels de dépression sévère sont hautement prédictifs de conduites suicidaires.
- Stress psychosociaux : problèmes conjugaux, ruptures, deuils, difficultés économiques ou maladies.
- Mauvaise observance thérapeutique : le risque suicidaire augmente à l'arrêt du lithium.
- Comorbidité (anxiété, trouble de personnalité)
- Culpabilité, agitation, fuite de la pensée, cycles rapides, cyclothymie, résistance au traitement.

(Cummings & Lalancette, 2015, p. 12)

6.4. Tentatives de suicide et troubles de personnalité

Etat limite, névrose structurée ou non, psychopathie, sont les personnalités pathologiques les plus retrouvées. L'impulsivité, l'angoisse, les tendances dépressives et les relations conflictuelles avec l'entourage sont autant de facteurs à considérer. Chez les « abandonniques » le geste suicidaire est porteur de revendications affectives. Ces patients revivent, à travers des fixations massives et vouées à l'échec, des carences affectives précoces. (Kacha, 2002, p. 347)

a) Personnalité histrionique

Ce type de personnalité est présent chez 10 à 15 % des consultants en psychiatrie, touchant principalement le sexe féminin.

Son tableau clinique comporte: égocentrisme, histrionisme, théâtralisme, suggestibilité, labilité émotionnelle, conduites de séduction, mythomanie et dépendance affective aux autres.

La caractéristique essentielle de la personnalité histrionique est un mode général de comportement fait de réponses émotionnelles et de quête d'attentions excessives et envahissantes. Ce mode apparaît au début de l'âge adulte et est présent dans des contextes divers.

Le risque réel de suicide est inconnu mais l'expérience clinique suggère que ces individus présentent un risque accru de gestes ou de menaces suicidaires dont le but est d'obtenir plus d'attention ou de soin. La personnalité histrionique a été associée à des taux plus élevés de trouble à symptomatologie somatique, de trouble de conversion et de trouble dépressif caractérisé. L'association est fréquente avec les personnalités borderline, narcissiques, antisociales et dépendantes. (DSM5, 2015, p. 786)

b) Personnalité borderline (état limite)

Les tentatives de suicide font partie du tableau clinique de ce trouble décrit selon le DSM5 ; « répétition de comportement, de gestes ou de menaces suicidaires, ou d'automutilations ». Ces sujets sont très sensibles aux circonstances de l'environnement. Ils ressentent une peur intense d'être abandonnés et une colère inappropriée quand ils sont confrontés à une séparation, ils peuvent croire qu'ils sont « abandonnés ». Ces peurs d'être abandonné sont liées à l'intolérance à la solitude et au besoin d'avoir d'autres gens avec soi. Les efforts effrénés pour éviter l'abandon peuvent aller jusqu'à des actes impulsifs comme des automutilations ou des gestes suicidaires.

Le décès par suicide survient chez 8 à 10% de ces sujets et les automutilations ainsi que les gestes ou menaces suicidaires sont très fréquents. Des comportements suicidaires répétés sont à l'origine de la demande de soins. Ces actes autodestructeurs sont fréquemment précipités par des menaces de séparation, de rejet ou par l'attente que le sujet assume plus de responsabilités. (DSM5, 2015, p. 780)

Ce trouble se caractérise en outre par la répétition des conduites suicidaire, qui peut devenir un mode de réponse stéréotypé aux frustrations affectives ou aux blessures narcissiques. (Kapsambelis, 2012, p. 717)

c) Personnalité antisociale

Ces patients se caractérisent par l'incapacité à se conformer aux normes sociales. Ils sont impulsifs, irritables et souvent agressifs : hétéro-agressivité, ou auto-agressivité (tentative de suicide...).

Chez les personnalités antisociales, le suicide constitue souvent l'ultime passage à l'acte d'une existence emmaillée de conduites impulsives et antisociales. Il est volontiers facilité par l'alcool. Le décès intervient parfois après plusieurs tentatives et n'est pas toujours le résultat de la plus déterminée d'entre elles. Pour les déséquilibrés psychopathiques impulsifs et intolérants avec un passage à l'acte favorisé par l'alcool ou les toxiques (comme le haschich...), le geste se réalise en l'absence de toute anticipation comme solution à une situation difficile et frustrante.

La tentative de suicide survient fréquemment, en réponse à des frustrations, comme moyen pour obtenir des réponses immédiates à ses demandes. Aussi comme un acte impulsif de dégager la tension intérieure et lors d'une décompensation dépressive.

(Lemperiere & Feline. 1999, p332-333)

7. La prise en charge des tentatives de suicide

7.1. La prévention

Les tentatives de suicide sont pour la moitié de récives et le risque de décès augmente d'un pour cent après le premier geste suicidaire. Ces données justifient l'importance de la prévention du suicide devenue priorité de santé publique. (Kapsambelis, 2012, p. 722)

Apprécier le risque suicidaire chez un patient est un problème de pratique médicale courante. Deux questions se posent au médecin quels que soient les antécédents et la pathologie du patient :

- Pourquoi cherche-t-il à se suicider ?
- Quel est le risque de passage à l'acte ?

Pour y répondre, il faut, au préalable, faire table rase de certains préjugés :

- Eviter en charge de faire reposer la prévention sur une notion religieuse et éthique. L'acte suicidaire devient alors la transgression culpabilisante d'un interdit. Il ne s'agit pas, en effet, de prendre des mesures contre le suicide en le considérant comme un péché ou un crime, mais d'éviter qu'un sujet passe à l'acte, quelles que soient ses motivations profondes.
- Il ne faut pas évaluer la gravité d'une tentative en fonction des moyens utilisés ou l'apparente sincérité du sujet. Ce qu'il ne faut pas perdre de vue, c'est le sens profond de l'acte.
- L'attitude du médecin devra également éviter la dramatisation et l'indifférence.
- La panique de l'entourage familial dramatise la situation et aggrave l'anxiété du suicidant, favorisant ainsi un nouveau passage à l'acte.
- L'indifférence : le plus souvent, les praticiens n'ont ni le temps ni le désir de se consacrer pleinement à un suicidant. Implicitement, ils suggèrent au patient qui vient exprimer son désarroi, d'aller « se faire pendre ailleurs ». ils calment ainsi leur propre angoisse en niant le risque.

Le praticien a un rôle capital dans la prévention du suicide. C'est lui qui reçoit le plus souvent les patients qui présentent des velléités suicidaires ou qui ont réalisé une tentative ne nécessitant pas une hospitalisation. Il n'est pas indispensable de psychiatriser ces patients dans notre pays (Algérie), les consultations de psychiatrie sont, en général, submergées de patients.

Mais, il faut absolument adresser toutes les récurrences et tout suicidant présentant des troubles patents aux psychiatres. Mais si, devant un malade présentant une affection psychotique (déliquant chronique, mélancolique, schizophrène, dément, confus) menaçant de se suicider, l'hospitalisation en urgence est de rigueur afin de permettre la résolution de la crise en milieu protégé. (Kacha, 2002, p. 348-349)

7.2. La tentative de suicide

Les services d'urgence des hôpitaux généraux restent les lieux privilégiés d'accueil des passages à l'acte, qui sont pour la grande majorité d'entre eux des intoxications médicamenteuses volontaires. Après les soins somatiques, le recueil anamnestique auprès du

sujet et de ses proches fait apparaître les circonstances de la tentative de suicide. L'entretien avec le sujet, réalisé dans de bonnes conditions, se gardant de toute attitude moralisatrice ou trop complice permet de faire émerger les motifs manifestes (deuil, perte d'objet, rupture, etc.), les antécédents psychiatriques et l'existence d'un suivi médicale. La mise en évidence d'une pathologie psychiatrique est un temps majeur de l'examen clinique puisqu'il conditionne directement l'orientation et la proposition de soin.

Les premiers motifs allégués se réfèrent souvent à une incapacité à surmonter les conflits et à la nécessité de ne plus y penser. Le geste suicidaire est alors présenté comme une « solution » qui permet de se mettre « hors-jeu », hors d'état de continuer à vivre et à penser là où tout ne résonne plus qu'avec souffrance et déréliction. Le geste permet ainsi de mettre un terme à une douleur de vivre qui n'a pas pu trouver d'autre issue et peut ainsi rendre compte de l'amélioration parfois spectaculaires, dans un contexte où le sujet se retrouve l'objet de soins, d'une écoute et d'une attention qui lui faisaient défaut.

Alors que l'acte suicidaire se présente d'abord comme un court circuit de la parole, la rencontre avec un psychiatre offre l'occasion d'ouvrir celui-ci à la figuration et à un sens toujours pluriel, au-delà des interprétations hâtives de « chantage affectif » et autres « appel à l'aide ». Il est essentiel de distinguer ce qui relève le l'*acting out* comme tentative d'extérioriser des conflits internes sur la scène du monde, et du *passage à l'acte*, par lequel le sujet cherche au contraire à s'extraire de la scène et du réseau symbolique, dans une volonté de s'effacer en se projetant dans les « ténèbres du monde ».

Ces distinctions cliniques sont décisives puisque dans le premier cas la dimension fantasmatique témoigne de la permanence des représentations d'un désir de reconnaissance qui reste masqué au sujet, alors que le second, où prime la dimension d'activité et de décharge motrice, renvoie à une relative inefficience de l'investissement psychique. (Kapsambelis, 2012, p. 724)

7.3. Les soins

La nature des soins proposés est directement en rapport avec la sévérité des idéations suicidaires et l'importance du trouble psychiatrique sous-jacent. Il est important de noter que l'approche thérapeutique ne doit pas rester centrée sur la question du suicide, mais procéder à une appréhension globale de la psychopathologie et des conflits à l'œuvre, cherchant à élaborer avec le sujet des moyens de recours différents. L'implication des proches permet d'éviter la marginalisation du sujet à travers une reconnaissance de sa détresse et

l'aménagement de liens relationnels différents. La proposition d'une hospitalisation, même brève, sera portée par l'ambition d'offrir un lieu contenant, propice à l'élaboration et à la constitution d'un lien thérapeutique qui devra perdurer dans le temps. Adresser le suicidant à un consultant extérieur peut être une alternative lorsque la menace paraît moindre, tout en sachant que l'observance de ce type de soins est très faible.

Depuis une vingtaine d'années se développent des unités à destinations des jeunes patients suicidaires et suicidants, reposant sur des soins intensifs par une équipe spécialisée. Ce type d'unité permet d'éviter la banalisation de l'acte suicidaire qui est un élément déterminant de sa répétition, ainsi que d'assurer au sujet un engagement effectif dans les soins, à travers des temps d'observation, d'élaboration et d'échange, grâce notamment à la dimension transitionnelle de l'unité.

Compte tenu de la fréquence des tableaux dépressifs conduisant aux passages à l'acte, la prescription d'un antidépresseur s'avère souvent nécessaire. Le choix de l'antidépresseur évitera les molécules potentiellement létales lors d'une ingestion massive (tricyclique) et privilégiera les molécules les plus sédatives. L'usage des anxiolytiques permet également de prévenir des raptus anxieux. Parmi les thymorégulateurs, le lithium a fait preuve de son rôle préventif sur le risque suicidaire. (Kapsambelis, 2012, p. 725)

Synthèse

Tentative de suicide et suicide recouvrent deux entités distinctes qui n'ont rien à voir l'une avec l'autre. Les suicidés et les suicidants représentent deux ensembles dissemblables comportant chacun leurs caractéristiques propres. Ces deux comportements viennent bousculer l'équilibre des groupes (familiaux, sociaux, professionnels ...) dans lesquels ils interviennent, raison pour la quel dans le suivant chapitre nous allons abordé l'impacte de ces comportement et plus précisément l'impact, et la réaction de la famille face aux tentatives de suicide de l'un de ses membre qui est non seulement atteint de maladie mentale mais aussi passant à l'acte suicidaire.

Chapitre III

La famille

Préambule

La famille est toujours la base de toutes les sociétés. Elle a pour fonction essentielle d'assurer la sécurité de ses membres ainsi que l'éducation. La famille n'est pas considérée comme un lieu, l'origine ou la cause des troubles mais elle participe au traitement.

Si l'on considère que la famille est un système et que le déplacement de l'un des membres affecte tous les autres, il est difficile alors de considérer le suicide comme un acte individuel, vue ses conséquences sur la personne elle-même et aussi sur son entourage. Donc l'entourage tout entier est fortement concerné. C'est la raison pour laquelle dans ce présent chapitre nous abordons la famille dans son champs globale et aussi les réactions de la famille et ses modalités mises en place pour accompagner son fils/fille qui est d'un coté souffrant d'une pathologie mentale et passant à l'acte suicidaire d'un autre coté.

1. Histoire de la famille

La famille humaine, à l'instar des familles animales à organisation sociale, est un groupe naturel « auto-liquidant ». Il évolue, à partir d'une situation de base où la cohésion et la stabilité sont maximales, vers une dissolution partielle ou complète de sa composition. Pour qu'une telle évolution puisse se faire dans de bonnes conditions, une organisation différenciée de sa structure interne est indispensable. Celle-ci se fait autour de deux réalités biologiques essentielles : le sexe et l'âge.

La famille a toujours existé, depuis Adam et Ève et la suite de leurs engendremets. Dans le récit biblique, la famille est le socle du développement de l'Histoire. La famille est monogame, polygame, voire incestueuse. La structure familiale est patriarcale, ce qui importe est d'assurer la descendance et la continuité dans l'histoire. La filiation dans la religion juive est assurée par la pratique de la circoncision comme symbole de l'alliance avec Dieu. On peut y voir aussi la marque de la castration. (Gérard, 2005, p. 13)

La tragédie grecque du v^e siècle avant J.-C. – Sophocle, Eschyle et Euripide – puise son inspiration dans les conflits entre des familles maudites par les dieux, comme les Labdacides et les Atrides. Sophocle montre comment la malédiction d'Apollon sur Laïos, le père d'Œdipe, coupable d'aimer son jeune élève, Crisis, et de provoquer son suicide, va se transmettre à Œdipe et aux enfants qu'il a eus avec sa mère Jocaste. L'histoire de cette famille, outre l'interdit de l'inceste maternel morbide et le trouble induit sur la succession des

générations, illustre également comment le secret sur ses origines est susceptible d'entraîner des traumatismes et de la honte sur soi pour les générations futures.

Dans les sociétés traditionnelles, non occidentales, la parenté pouvait être confiée à d'autres personnes que les parents biologiques. Le lignage appartient au clan. Dans certaines régions d'Afrique ou d'Asie, l'oncle maternel occupe la place de l'autorité parentale et le géniteur n'est que l'époux de la mère. On est dans une tradition matrilocale.

Dans la plupart des sociétés, la priorité n'est pas donnée à la parenté biologique.

Dans l'Antiquité romaine, le système familial est patriarcal et le mariage est décidé par les parents pour le choix du conjoint. Le père est celui qui présente l'enfant, le garçon, sur le seuil de sa demeure. Il le soulève et le montre au public en le nommant. Cela montre bien le rôle de la famille comme institution sous le regard de la société. Cette famille romaine recouvre trois formes, la famille proche, puis la *gens* – famille élargie, communauté de nom et de biens, qui comporte les personnes vivant sous le même toit – et enfin, l'*agnat*, qui réunit les membres d'une famille par les hommes. Le lien parental est un lien volontaire: il ne suffit pas de naître dans une famille pour en faire partie et l'adoption est courante.

Avec la chrétienté en Occident médiéval, l'Église impose le mariage, peu courant dans les mœurs, ainsi que le nom de famille à la population afin de fixer le groupe familial et d'en assurer la continuité religieuse. Elle encourage la famille nucléaire conjugale au sein de la population, plus aisée au contrôle. Les registres d'état civil sont tenus dans les paroisses. Le mariage devient prépondérant en France, en Allemagne, en Italie. Peu à peu, le nom patronymique devient le nom de baptême de l'homme accompagné du surnom. L'intégration de la femme à la maison de l'homme allait jusqu'à changer son nom personnel. Elle était donnée par son père, ou achetée par son mari ou encore enlevée par celui-ci sans dot. Cependant, dans certaines régions, c'est le surnom de la femme qui se transmet.

Dans la noblesse, la transmission des terres et du patrimoine donne la priorité au droit d'aînesse et au lignage. Le plus souvent, le nom de famille est celui de la terre. Dans les campagnes, les paysans essaient de limiter les naissances et le nombre de bouches à nourrir. Dans les villes, le développement de l'artisanat, puis peu à peu de la bourgeoisie commerçante à la Renaissance, conduit les familles à reconsidérer la place de l'enfant et de la filiation pour la transmission des biens ou des charges, tandis que pour les familles pauvres, les abandons d'enfants sont courants.

Dans la seconde moitié du XVIII^e siècle, la structure familiale de la France du Nord est, nucléaire et égalitaire, la famille allemande autoritaire et inégalitaire, la famille russe communautaire. La Révolution de 1789, par le vote de la Convention, proclame la liberté et l'égalité des hommes en droit. Elle refuse cependant d'adopter, sur le même modèle, l'égalité des hommes et des femmes, présentée par Olympe de Gouges. La femme va continuer à être considérée comme une mineure dans la famille et la société. C'est pourtant une période où va bouger quelque peu l'autorité du mari, quand celui-ci part au front défendre les couleurs de la République, et une autre répartition des rôles commence à se faire jour.

Le XIX^e siècle va consacrer le triomphe des valeurs conservatrices de la bourgeoisie. On voit naître la famille conjugale au moment de la révolution industrielle et du déplacement des populations rurales vers les usines et les milieux urbains. Le mariage arrangé par les parents, plus que le mariage d'inclination, demeure en vigueur dans les familles.

Freud, avec le complexe d'Œdipe et le refoulement, rend la famille responsable de bien des névroses, accentuées par les contraintes sociales et religieuses, thèses qu'il développe dans *L'avenir d'une illusion*, puis dans *Malaise dans la civilisation*.

Le XX^e siècle va connaître de grands bouleversements politiques et sociaux qui auront des conséquences sur le système familial. La guerre de 1914 a permis à beaucoup de femmes de remplacer les hommes au travail et d'avoir une place différente de celle de la femme au foyer. Après la Seconde Guerre mondiale, l'augmentation du travail des femmes ne cesse de croître, facilitée aussi par la fabrication des objets du confort ménager. Avec les changements économiques, l'institution mariage perd ses rituels et n'est plus au centre de la famille. *Le mariage d'amour* a profondément transformé la famille.

On attend du mariage la plénitude, l'harmonie, ce qui rend insupportable l'impossible du rapport sexuel, et entraîne une multiplication des divorces. La liberté sexuelle des années 1970, dans le couple et hors du couple, ainsi que l'arrivée de la contraception entraînent d'autres conceptions de la famille. On parle de familles recomposées, de familles monoparentales. Le désir d'enfant est remplacé par l'enfant du désir. L'enfant est au centre, alors qu'avant la famille se construisait à partir du mariage, privilégiant le lien entre plusieurs familles. Ce mode d'organisation est encore présent en Asie et en Orient. (Weiss, 2010, p. 24, 25)

2. Définitions du concept de la famille

Le Petit Robert définit la famille comme : « l'ensemble des personnes vivant sous le même toit. Dans un sens plus large, le mot se réfère à l'ensemble des personnes liées entre elles par le mariage, la filiation ou l'adoption. Enfin la famille décrit la succession des individus qui descendent les uns des autres de génération en génération. » (Le petit Robert, 2002, p. 108)

2.1. Définition étymologique

La définition étymologique est intéressante : le mot *famille* dérive du latin classique *familia*, dérive de *famulus* (serviteur) : « la familia romaine est étymologiquement l'ensemble des *famuli*, esclaves attachés à la maison du maître, puis tous ceux qui vivent sous le même toit, maître et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du *pater familias*, le chef de la famille. Enfin, *familia* s'applique à la parenté et, en latin médiéval désigne un ménage de serfs. Famille a mis du temps à s'imposer face aux autres termes usités en ancien français : parenté, parentage, lignée, mesnie. Avant le XVI^{ème} siècle, le mot désigne les personnes vivant sous le même toit et encore souvent les domestiques seuls.

L'idée de proche parenté apparaît tard (1585) et ce n'est pas récemment que le mot évoque à la fois la parenté et la corésidence. Par extension, *famille* désigne la succession des individus ayant une origine commune (1611), puis un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs (1658) ; de là viennent l'emploi du mot en histoire naturelle (1676) et les sens figurés ». (Albernhe, 2014, p. 141)

2.2. Définition sociologique

La définition la plus courante de la famille est : un groupe caractérisé par la résidence commune et la coopération d'adultes des deux sexes et des enfants qu'ils ont engendrés ou adoptés (Murdock 1949). Explicite très peu l'extrême diversité de ses formes historique et semble évacuer certaines variations familiales importantes. (Dictionnaire de sociologie, LAROUSSE, 2005, p. 97)

2.3. Définition psychologique

Institution sociale fondée sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon la culture (monogamique, polygamique, polyandrique, etc.). La famille a pour fonction essentielle d'assurer la sécurité de ses membres ainsi que l'éducation des enfants. (Dictionnaire de psychologie, LAROUSSE, 1999, p. 108)

2.4. Définition de la famille selon M. Selvini Palazzoli

La famille est un groupe naturel ayant une histoire commune. (Maisondieu, Métayer & Léon, 2001, p. 07)

3. Les différents types de familles

Deux critères semblent constants lorsqu'on parle de famille, et ceci sous toutes les latitudes : il s'agit des deux formes de relations fondamentales : *l'alliance*, c'est-à-dire le mode d'affinité et d'union conjugale, et *la filiation*, c'est-à-dire le mode de descendance. Les variations de la filiation sont illustrées par les formes d'union tantôt monogame (type le plus répandu), tantôt polygame (en orient, en Afrique, chez les mormons, etc.) tantôt polyandre (forme rare, par exemple au Tibet). Les variations de la filiation déterminent plusieurs lignées de descendance : la lignée patrilinéaire, la lignée matrilinéaire, la lignée bilatérale, selon que la condition dans le groupe est acquise par voie masculine, par voie féminine ou par les deux même.

A partir de ces critères on distingue la famille *nucléaire* de la famille *élargie*. La famille nucléaire (ou « simple ») se caractérise par une seule union entre adultes et par un seul niveau de descendance ; c'est le modèle classique de « papa, maman, et les enfants ». La famille élargie (ou « étendu », ou « d'origine ») se caractérise par plusieurs générations ; elle inclut la famille nucléaire, les grands-parents, de même que les lignes collatérales. Les formes de relations qu'entretiennent famille nucléaire et famille élargie dépendent de nombreux facteurs. Un de ces facteurs constitue en lui-même un autre critère de typologie familiale : c'est *l'assignation de résidence*, soit la situation topographique de la famille nucléaire par rapport à la famille élargie. Ainsi la famille nucléaire néolocale (ou indépendante), qui réside à l'écart de la famille élargie, et la famille dite incorporée qui réside proche de la famille élargie, et qui est appelée patrilocale ou matrilocale selon qu'elle est incorporée à la famille d'origine du père ou de la mère de la famille nucléaire.

La *famille traditionnelle ou patriarcale* se caractérisait par sa composition étendue. Vis-à-vis de la société comme vis-à-vis de ses propres membres, la famille patriarcale assumait des fonctions divers, garantissant des valeurs reconnues, telles que la reproduction, l'éducation, la religion, l'engagement politique, etc. alors que la *famille nucléaire* se caractérise entre autres par la valorisation de la liberté individuelle. (Gérard, 2005, p. 12-13)

L'évolution d'une famille passe par des phases d'équilibre alternant avec des phases de déséquilibre. La capacité de changer ou à évoluer de la famille dépend beaucoup d'un paramètre essentiel : son degré d'ouverture aux informations internes ou externes. Ce paramètre permet de distinguer divers types de familles, les unes trop « fermées », l'autre trop « ouvertes ».

4. Approches psychologiques de la famille

4.1. Approche psychanalytique

En psychanalyse la famille est considérée comme ; « premier groupe d'appartenance, est régie par des liens spécifiques :

- de couple (d'alliance) ;
- consanguins ;
- de filiation ;
- lien de la mère à sa famille d'origine (donc le lien de l'enfant à la famille de la mère) : lien avunculaire (dont l'importance a été mise en évidence par les psychanalystes argentins) ;
- généalogiques ;
- liens du groupe familial avec l'extérieur. (Joubert, 2004, p. 161)

Dans la version de la psychanalyse familiale, la famille est appréhendée à partir de la théorie d'un appareil psychique familial, agencé selon divers régimes de fonctionnement (perception-conscience, préconscient, inconscient), à partir d'organismes groupaux (l'illusion groupale, les imagos maternelle et paternelle, et les fantasmes originaires de la vie intra-utérine, de séduction, de la scène primitive, de castration), contribuant à la réalisation de relations à l'objet-groupe.

Les processus psychodynamiques en souffrance dans les familles confrontées à la psychose se traduisent par l'indifférenciation des sexes et des générations, l'existence d'une psyché groupale archaïque indifférenciée et de transferts éclatés. Les techniques thérapeutiques reposent sur le recours aux associations libres, au principe de la règle d'abstinence, aux processus d'inter-fantasmatisation, à la sollicitation des activités oniriques. Il s'agit de respecter la lenteur des processus de maturation et de différenciation, et de solliciter l'émergence de la subjectivité et l'accès à la parole, source de symbolisation. (Inserm 2008, p. 266)

4.2. Approche systémique

Un biologiste, Von Bertalanffy (1950), dans *An Outline of Général System Theory*, expliqua les règles organisant les relations entre les parties des organismes. Par analogie, la théorie générale des systèmes s'est appliquée aux relations humaines. Les objets qui constituent les éléments du système sont des individus en interaction. Les attributs de ces individus sont les actions, les réactions, les attitudes, les rôles, ou d'une manière générale la façon de se comporter.

Murray Bowen (1946) fut l'un des premiers à considérer la famille comme un système émotionnel dont les membres sont liés et doivent en même temps se différencier. En cas de non-différenciation de ses membres, la famille devient une masse émotionnelle fusionnée, génératrice d'angoisse. Dans une telle configuration, les relations duelles sont en situation de conflit. Les membres de la famille cherchent à diluer la tension en créant des triangles avec un autre membre de la famille, une personne extérieure, voire même absente ou rejetée. D'où la notion de *fonctionnement désignatif*, générateur d'angoisse. Bowen voit dans l'indifférenciation affective et intellectuelle croissante, d'une génération à une autre, l'origine de certaines schizophrénies. (Kapsambelis, 2012, p. 166)

4.3. Approche communicationnelle

Il existe diverses théories de la communication mais l'école de Palo Alto, réunie autour de G. Bateson a particulièrement marqué le paradigme systémique et notamment les modèles de thérapies systémiques. Cette théorie de la communication met l'accent sur les éléments suivants:

- L'importance des phénomènes d'autorégulation comportementale et de feed-back (rétrocontrôle).
- La différenciation de niveaux logiques : dans tout message on distingue le contenu et la relation.
- Les paradoxes dans les échanges : double contrainte (1956)
- La communication comme un tout intégré dépendant du contexte (social, familiale...)

Les théories de la communication ont donc été un apport majeur pour l'élaboration du paradigme systémique. Les travaux de l'Ecole de Palo Alto et ceux de Watzlawick (1972) proposent trois axiomes :

- Pragmatique : on ne peut pas ne pas communiquer ; une apparente non-communication (se taire) est un message. Idem pour les comportements.
- Syntaxique : toute communication comporte deux niveaux ; le contenu et le relationnel (métacommunication).
- Sémantique : la communication n'a de sens que relativement à un contexte.

Pour le systémicien, l'individu seul n'existe pas, il s'agit toujours d'un individu en interrelations avec d'autres dans un contexte donné. L'individu est donc toujours replacé dans son écosystème : le groupe humain.

Bien que ce soit l'individu qui soit porteur d'un symptôme, le paradigme systémique confère au symptôme un sens et une fonction différente qu'en clinique médicale ou psychanalytique.

- En médecine, le symptôme signe la maladie.
- En psychanalyse, le symptôme renvoie symboliquement au conflit intrapsychique.
- En systémie, le symptôme indique l'existence de dysfonctionnements interrelationnels et communicationnels dans le système.

Dans une famille par exemple, l'individu porteur du symptôme est appelé patient désigné car c'est le problème au niveau du système (famille, couple..) qui crée le symptôme individuel. La fonction du symptôme renvoie donc au rôle du symptôme dans le système. L'apparition d'un symptôme indique ce que le système doit produire pour continuer à fonctionner.

Le symptôme traduit la lutte du système entre maintenir sa cohésion et changer. Ainsi, dans une famille, l'apparition d'un patient désigné, porteur d'un symptôme est analysée comme solution la plus adaptée possible trouvée par la famille compte tenue de son histoire et de son mode de fonctionnement actuel.

La difficulté réside dans le fait, qu'en générale pour une famille c'est le patient désigné qui est le problème, le symptôme n'est pas perçu dans sa valeur positive d'autorégulation voire prophylactique (le symptôme est la soupape de sécurité pour éviter que le système n'éclate).

En fait, la demande de changement portée par la famille concernant le patient désigné, pourrait être énoncée de la façon suivante : faites que cela change pour lui, mais que rien ne change pour nous (implicite).

Or, la théorie des systèmes implique la différenciation des niveaux d'observation et d'analyse tels que :

- Chaque niveau est caractérisé par un fonctionnement qui lui est propre (l'individuel n'est pas le couple, ni la famille, ni le réseau...);
- On ne peut pas prédire ce qui se passe à un niveau supérieur à partir du niveau inférieur;
- Les relations entre les niveaux ne sont pas uniquement d'inclusion mais fonction de la résonance entre eux.

A partir de cette analyse, la disparition du symptôme implique de fait, un changement dans le système, d'où l'importance accordée en thérapie systémique à l'analyse actuelle des aspects interrelationnels et communicationnels, c'est à dire à l'analyse synchronique du symptôme. (Fernandez, 2002, p. 3-4)

5. Les fonctions familiales

La principale fonction de la famille est probablement sa fonction d'identité ; la famille est la matrice de l'identité, selon l'heureuse expression de Minuchin : « Dans toutes les cultures, la famille imprime en ses membres leur identité. L'expérience humaine d'identité a deux éléments : le sentiment d'appartenance et le sentiment d'être séparé. Laboratoire dont le quel ces ingrédients sont mêlés et dispensés, c'est la famille, matrice de l'identité ». Le sentiment d'appartenance « provient d'un ajustement de l'enfant aux groupes de la famille et de son adoption des patterns transactionnels de la structure familiale qui restent cohérents tout au long des différents événements de la vie ». Le sentiment de séparation et d'individualisation « est créé par la participation à différents sous-systèmes de la famille dans différents contextes familiaux aussi bien que la participation à des groupes extrafamiliaux. D'où l'émergence de « zones d'autonomie » nécessaires à l'enfant, lequel réalise progressivement qu'il peut vivre sa vie en dehors de celle de ses parents.

La famille assure aussi une fonction éducative, au sens fort du terme, basée sur des relations complexes d'autorité, de loyauté, de confiance. En son sein se constitue le premier apprentissage du manque, de frustration, et donc de socialisation. C'est elle qui permet à l'enfant d'être précocement confronté à la loi, et à la symbolique qui lui est liée. Elle façonne l'individu et le structure en lui procurant les habiletés sociales nécessaires. D'une certaine façon, elle participe à la normalisation sociale.

L'institution familiale a longtemps eu pour principale fonction la transmission d'un patrimoine (financier, mais aussi affectif, social, culturel, etc.). Actuellement dans la société post-industrielle, il s'agit d'avantage de privilégier l'identité personnelle et l'épanouissement individuel que de transmettre par filiation ce patrimoine. (Albernhe, 2014, p. 151)

6. La famille algérienne et ses caractéristiques

La famille algérienne, il s'agit d'un groupe domestique appelée « aila » constitué de proches parents qui forment une entité socio-économique fondée sur des rapports d'obligation mutuelle : dépendance et assistance. L'article 55 de la constitution algérienne (1989) stipule que la famille est la cellule de base de la société. (Boutefnouchet, 1982, p. 19)

6.1. Les caractéristiques de la famille algérienne traditionnelle

D'après M.Boutefnouchet, « La famille algérienne se situe essentiellement, dans une branche de descendance agnatique, dont les caractéristiques et l'appartenance à la famille du père, sont au détriment de celle de la mère ».

Ce dernier, résume en quatre points les principaux traits de la famille algérienne :

- La famille algérienne est une famille élargie. Elle regroupe plusieurs familles conjugales, vivant sous le même toit « la grande maison » chez les sédentaires et la « grande tente » ou « khaima » chez les nomades.
- La famille se caractérise par le patriarcal, dans laquelle le père est le chef spirituel du groupe. C'est lui qui organise et gère le patrimoine collectif. Il occupe une place particulière qui lui permet d'assurer et de veiller à la cohésion du groupe domestique.
- Elle est aussi agnatique. La descendance appartient à la lignée des hommes et la filiation revient au père. L'héritage se transmet du père au fils aîné afin de préserver l'indivision du patrimoine.
- Et enfin, la famille algérienne est aussi indivise, ce qui signifie que les enfants males de la famille (les fils, leur descendants, ainsi que les enfants issus des fils des fils) sont sous la tutelle du père. Les filles quittent le domicile familial une fois mariée. (Boutefnouchet, 1982, p. 43)

6.2. Les caractéristiques de la famille algérienne moderne

Le changement de l'urbanisation et l'exode rural ont entraîné des problèmes sociaux aux familles, la crise de logement transforme les familles élargies, cette crise a toujours été centre

de conflit entre les membres de famille élargies ; surtout dans le côté femme ; entre belle fille et belle mère, et entre belle fille et belle sœur; qui explique le résultat du nombre important de divorce. Au sein de cette famille les rôles sont détournés par les crises de la société.

Le père qui était le pouvoir, donne sa place à son fils aîné ; et face à ce changement intervenu dans la famille, celui du nouveau rôle de la mère, profitant du pouvoir de son fils pour diriger le foyer domestique.

La mère devienne la maitresse de son espace, non seulement elle s'occupe du ménage, mais aussi commande et gère ses filles et ses belles filles sur les taches du ménage. Elle joue le rôle de la dominante puisqu'elle domine sa belle fille ; comme elle prend, aussi part dans les décisions familiales les plus importantes. (Boutefnouchet, 1982, p. 240)

7. La famille entre maladie mentale et suicide

7.1. La famille face à la maladie mentale de l'un de ses membres

La maladie mentale n'affecte pas seulement les personnes qui en sont atteintes. Elle peut également bouleverser les membres de leur entourage.

Quand un proche est malade, c'est toute la famille qui s'en ressent, La routine est brisée, les tâches et rôles de chacun sont modifiés par le lot de nouvelles responsabilités. Hospitalisations, conflits, rendez-vous médicaux, entourage émotif, repères inexistantes ou modifiés, tout cela peut faire vivre diverses émotions à l'entourage.

Chaque personne réagit différemment. Par exemple :

- certains parents peuvent vivre de la culpabilité face à la maladie de leur enfant.
- les membres de la famille peuvent se demander si la maladie est héréditaire.
- les membres de l'entourage peuvent s'inquiéter et se questionner sur les nouvelles responsabilités qu'ils auront à assumer.

Ces réactions sont tout à fait normales, vue le changement radicale que pourra apporter cette maladie. (Petit Larousse de psychologie, 2013, p. 388)

7.2. La famille face aux tentatives de suicide de l'un de ses membres

La situation de tentative de suicide est une conjonction de situations, de traumatismes, ruptures ou risques de rupture à différentes échelles sociales et de façon transgénérationnelle. Dans ce sens, il est inutile et parfois dangereux de stigmatiser une ou des personnes de la

famille ou de porter un jugement sur leur maladresse relationnelle quand ils désirent participer à la sortie de l'état de détresse d'un membre de la famille. Leurs interventions parfois maladroites sont en partie dues à l'état d'angoisse et au sentiment de culpabilité. Ils peuvent devenir des alliés thérapeutiques et ils ont très souvent eux-mêmes besoin d'une aide sur le plan psychique pour dépasser la situation de crise. (Brunel, 2002, p. 205)

La famille réagit au geste suicidaire de l'un de ses membres par de différents mouvements ;

-Y'a des familles qui sont dans le clivage. Leurs réactions clivantes se repèrent aux indices suivants :

- Dénier du geste suicidaire ou de la gravité de l'acte, déni de la souffrance.
- Indifférence ou abandon quand le suicidant est un mineur ou le conjoint.
- Dans le mode des défenses primaires : attitudes de refus, de rejet plus actif pouvant aller jusqu'à des réactions de colère, de haine, s'alliant parfois à des violences psychiques plus actives avec attitudes de dérision, d'humiliation ou même de défi.

- Y'a des familles dans le fonctionnement opératoire ; ce sont des familles qui sont dans la recherche de conseils et solutions toutes prêtes afin d'évacuer l'angoisse en réaction au risque suicidaire.

- Des familles dans une idéologie ; ces familles se sont révélées dans un registre en marge de loi ou dans un esprit intégriste destructeur, d' « *une religion* » qui s'apparente à une secte.

- Des familles dans le processus secondaire ; la famille réagit par la culpabilité et l'angoisse. La culpabilité est exprimée dans la recherche de ce qu'ils ont « *bien pu faire qui a provoqué le geste, de ce qu'ils n'ont pas fait, mal fait, trop fait...* ».

Cet acte « *tentative de suicide* » constitue une blessure narcissique pour la famille qui a le sentiment d'avoir mal fait et de ne pas être capable de percevoir les besoins du suicidant. La culpabilité et l'angoisse manifestées par ce sentiment de défaillance, voilent les dénis des générations précédentes, mais aussi de l'histoire du suicidant. Le désir et la tentative de suicide ébranlent la famille dans ses fondations ; c'est précisément les racines de la souffrance qui sont à découvrir. (Brunel, 2002, p. 222-225)

7.3. Les conséquences de ces tentatives de suicide sur la famille

Les tentatives de suicide comme le suicide constituent un événement gravissime dans une famille qui en est ébranlée dans ses fondements. Cet acte risque d'avoir des répercussions

graves et entraîner une désorganisation du groupe familial et une déstabilisation des statuts et des rôles aussi bien parentaux que de l'entourage élargi. Il révèle l'échec dans l'ossature psychosociologique du groupe d'appartenance. La solidarité familiale fantasmée ou réelle se trouve prise en défaut, l'incompréhension est au premier plan « pourquoi ? », « comment a-t-il pu ? », « nous n'avons rien vu ! », perplexe, la famille est prise dans des interrogations très complexes et bien difficiles à élucider.

En Algérie ; le suicide ou la tentative de suicide en plus des souffrances qu'ils font subir à la famille, les désignent à la pitié, à la suspicion et font planer sur eux la honte, la kechfa. La kechfa est comprise comme « le scandale » mais dans son sens étymologique, kachafa veut dire « découvrir » « dénuder », ici, c'est faire ressortir quelque chose qui ne devait pas paraître. La famille se sent déshonorée, salie, mise à l'index. D'où le silence des parents et leur désir de vouloir cacher le sens de l'acte quand ils le peuvent « il est tombé de la fenêtre en voulant arranger l'antenne », « il s'est trompé en prenant les médicaments » ou « la bouteille de décapant ressemblait à celle de la limonade ! » etc.

En plus de la honte qu'il leur fasse subir en faisant une tentative de suicide, cet acte peut être vécu comme une négation de leur existence et de leur place dans sa vie. Comme s'ils ne comptaient pas à ses yeux, c'est comme une preuve flagrante du manque d'amour et de respect qu'il leur doit de façon inconditionnelle. La culture musulmane est basée sur le respect absolu des parents et de leur autorité. Cette dernière est énoncée par le Coran et la sunna à de nombreuses reprises.

Il est également vécu comme une remise en question de leurs rôles et de leurs actions en tant que parents : toute perte occasionne une blessure narcissique, mais avec cet acte (TS) cette blessure va être aggravée par le discrédit, la suspicion et la honte, car tout parent aimerait être considéré comme un « bon parent » et non l'inverse. La parentalité est l'action de devenir « parent » et de transcender le biologique « géniteur ». Cette parentalisation se construit et transforme le jeune homme ou la jeune femme insouciant en « père » ou « mère » soucieuse du bien être de ce petit-être auquel ils ont donné la vie. L'attachement à ce dernier se consolide tout au long de la vie, à travers des processus conscients et inconscients qui vont faire de cet être une partie de soi. Les parents par les projections et identifications intériorisent cet enfant qui devient le prolongement de leur propre être. Le risque de perdre cet enfant c'est le risque de perdre une partie d'eux-mêmes, d'où la blessure narcissique. C'est une amputation de leur complétude qui laisse une béance que certains parents ne combleront jamais, d'autre s'y résigneront, mais personne ne sort indemne d'une telle expérience.

Par son acte, il culpabilise la famille et la pousse à s'interroger sur ce qu'elle a fait ou n'a pas fait pour que « son enfant » se détache d'elle d'une façon aussi désinvolte, aussi violente ou aussi agressive. (Mimouni, 2010, p. 142)

7.4. Réactions de la famille face aux tentatives de suicide

La complexité des situations entraîne des réactions très nuancées.

Nous avons vu plus haut comment une TS peut constituer un grave traumatisme pour les familles : souffrances d'avoir risqué de perdre son enfant et souffrances dues aux pressions sociales, symboliques (pêché, malédiction, punition), blessure narcissique, etc. Deux grands types de réactions se distinguent chez les familles des personnes qui ont fait une tentative de suicide.

- Des familles inquiètes pour leur enfant, prêtes à tout pour l'aider et qui arrivent à se remettre en question. Si elles se mettent en colère, c'est pour mieux exprimer leur affection et leur inquiétude. Ces familles sont donc capables de compréhension et d'empathie, cet acte leur fait prendre conscience des conflits apparents ou latents qu'ils ont soit minimisés, soit ignorés. Y'a aussi des parents effrayés, fortement ébranlés par cet acte. L'incompréhension est très forte, mais le doute sur leur rôle tout en étant très douloureux empêche des processus de rejet et de projection du mauvais sur le suicidant. Ils s'interrogent et interrogent les praticiens autour d'eux pour « comprendre » et ce pour mieux aider leur enfant. Ils gardent la porte ouverte aux changements en eux-mêmes, acceptent de se remettre en question et contrôlent leur sentiment de culpabilité. (Mimouni, 2010, p. 145)

- Des familles hostiles, méprisantes ou indifférentes. Ce type de famille montre parfois la gravité des dysfonctionnements familiaux et la rigidité de leurs comportements et attitudes et les troubles de la parentalité voire des dysparentalités. Des sentiments très négatifs peuvent apparaître tels que la haine et l'animosité qui s'expriment soit par les cris et reproches, soit par le mépris : « tu nous déshonores, tu n'es plus des nôtres, etc. ou bien par des propos encore plus dangereux : « tu n'es même pas capable de te tuer », « tu rates ta mort comme tu rates ta vie, tu n'es bon à rien, etc. ». Alors que ces personnes ont besoin d'être consolées, maternées, elles se trouvent au contraire insultées, rejetées, accusées et parfois reniées. Ces cas ont été observés dans des familles gravement perturbées contre l'un de leurs membres. Comme si celui-ci concentrait en lui, tout ce qui pourrait être perçu ou vécu comme

« mauvais » dans la famille. Il devient le mauvais objet au sens kleinien. Il doit être « expulsé », « rejeté » voire même « détruit ».

Enfin, les réactions des parents sont souvent très ambivalentes et pas toujours tranchées. Peur, colère, désespoir, culpabilité, honte, haine, etc. constituent une palette d'émotions par lesquelles vont diversement passer les parents. Quand la famille est incapable de replacer l'acte dans son contexte et de lui donner sens, la TS peut aggraver les perturbations en son sein. Le passage à l'acte peut être perçu comme une atteinte à leur pouvoir de parents, à leur toute puissance parentale, comment a-t-il osé « me faire ça ». (Mimouni, 2010, p. 146-147)

Synthèse

L'entourage, et plus particulièrement la famille, joue un rôle incontournable dans le processus suicidaire. Les réactions de la famille sont ambivalentes, colère, peur, culpabilité, haine, désespoir...etc. à ce propos pour pouvoir aider la personne en souffrance la famille doit savoir comment réagir et utiliser les moyens et les attitudes les plus efficace pour mieux aider la personne (le suicidant) à se rétablir.

Problématique et Hypothèses

Problématique et hypothèses

La santé mentale et le bien-être émotionnel font partie intégrante de la santé au sens large et de la qualité de vie des individus. Ils constituent un droit fondamental et favorisent l'apprentissage, le travail et la participation à la société. La santé mentale est un élément essentiel de la santé et du bien-être d'un individu, il s'agit d'un équilibre entre les divers aspects de la vie sociale, physique, mental, économique et spirituelle. Alors que la maladie mentale, parfois appelée trouble mental ou encore pathologie mentale est un ensemble de manifestations cliniques d'ordre psychologique ou comportemental. Les troubles mentaux se caractérisent généralement par un dysfonctionnement chronique ou récurrent des pensées, des émotions, du comportement et/ou des relations avec les autres. Ils causent une grande souffrance chez l'individu et/ou son entourage ou constituent souvent un handicap dans un ou plusieurs domaines de la vie courante. Ils ne se caractérisent pas nécessairement par une chronicité, mais peuvent se manifester en un épisode unique dans la vie d'un individu. (Thomas et al, 2014, p. 21)

Selon l'organisation mondiale de la santé (l'OMS) : « Les troubles mentaux regroupent un vaste ensemble de problèmes, dont les symptômes diffèrent. Mais ils se caractérisent généralement par une combinaison de pensées, d'émotions, de comportements et de rapports avec autrui anormaux. Ils comprennent par exemple la schizophrénie, la dépression, l'arriération mentale et les troubles dus à l'abus de drogues. » Les troubles mentaux affecteront une personne sur quatre dans le monde à un moment ou l'autre de leur vie. Environ 450 millions souffrent actuellement de ces pathologies, ce qui place les troubles mentaux dans les causes principales de morbidité et d'incapacité à l'échelle mondiale. (OMS, 2018)

En Algérie, les maladies mentales, avec un taux de 5%, constituent chez l'adulte une cause de morbidité chronique non négligeable. (OMS/afro, 2016, p. 16)

Les personnes atteintes d'une maladie mentale vivent des bouleversements émotifs importants à cause de la maladie elle-même et des conséquences que cette dernière a sur leur vie. Il est possible, par exemple, qu'elles doivent changer certaines habitudes de vie, ce qui les amène à faire des renoncements douloureux. Il est compréhensible qu'elles éprouvent alors des émotions fortes comme de la colère.

Étant donné les multiples répercussions que peuvent avoir les problèmes psychologiques et les maladies mentales sur les gens, personne n'échappe à leur influence. Les maladies mentales sont extrêmement coûteuses, sur le plan du potentiel des individus, de la productivité et de la participation à la vie de la société, ainsi qu'en termes de vie. Ces troubles affectent une personne sur cinq chaque année. Ils sont responsables de presque de 90% des sujets ayant réalisé un suicide abouti ou une tentative de suicide.

En effet, le suicide constitue la réaction la plus fréquente de la pathologie mentale. C'est ainsi souvent, en psychiatrie « l'idée de suicide correspond à l'expression d'un trouble instinctivo-affectif très profond ou se mêlent l'angoisse et le délire ». (Bernard & Brisset, 1989, p. 95)

Selon l'organisation mondiale de la santé: « chaque année, près de 800 000 personnes se suicident et beaucoup d'autres font une tentative de suicide. Chaque suicide est une tragédie qui touche les familles, les communautés et des pays entiers et qui a des effets durables sur ceux qui restent. Le suicide intervient à n'importe quel moment de la vie et était la deuxième cause de mortalité chez les 15-29 ans dans le monde en 2015. (OMS, 2018)

En Algérie, le taux de suicide est d'environ 6 à 15 pour 100000h. Le taux annuel des tentatives de suicide est de 34,1 pour 100 000 habitants. Beaucoup plus fréquentes (15 fois plus que le suicide), elles sont surtout l'œuvre d'adolescents (76% dont $\frac{3}{4}$ sont des femmes), 6% sont des récidivistes. (Kacha, 2002, p. 345)

Au plan psychopathologique, on considère maintenant que les suicides, dans leur immense majorité, correspondent à un trouble mental. La grande méta-analyse de E.C. Clare-Harris et B. Barraclough montre que le suicide accompli s'inscrit dans l'évolution d'un trouble mental. Donc suicide et tentative de suicide représentent l'urgence et le risque majeurs du domaine de la psychiatrie. (Guelfi. & Rouillon, 2012, p. 547).

Après les travaux pionniers de A. Robin et al., B. Dorpat et C.Ripley, B.Barraclough et al., toute une série d'études ont permis d'évaluer la répartition des diagnostics psychiatriques. Par ordre décroissant sont en cause : les troubles de l'humeur (dépression et trouble bipolaire), états psychotiques (schizophrénie, troubles délirants), alcoolisme et toxicomanie, troubles anxieux, troubles de l'axe II (personnalité). Inversement, laissées à elles mêmes, les maladies mentales majeures font courir aux patients un risque très élevé de mort par suicide : 10 à 20% (principalement de schizophrénie, maladie bipolaire, alcoolisme et toxicomanie). (Guelfi. & Rouillon, 2012, p. 547)

Ce passage à l'acte a un impact non seulement sur la personne mais aussi sur son entourage et bien évidemment la famille de la personne c'est-à-dire du patient.

Comme nous l'avons précisé dans la partie théorique une famille c'est l'ensemble uni qui forment les parents et leurs enfants. La famille aussi est le principal lieu des actions et interactions entre les individus et les groupes. Elle est l'espace de socialisation par excellence.

Une famille dont un membre est atteint d'une maladie psychiatrique ayant déjà fait une tentative de suicide ou plus, fait face aux fluctuations et à l'évolution de cette maladie et de ses répercussions. Si l'état de santé de la personne malade se péjore, la famille a besoin d'une période d'adaptation et atteindra ensuite une nouvelle stabilité, différente de celle dans laquelle elle vivait avant cette péjoration. Ce concept valorise les compétences de ces familles et met en évidence les modalités d'accompagnement de celles-ci pour aider leur enfant parce que la famille est complètement concerné par cet acte (tentative de suicide) de leur fils/fille car elle joue un rôle important puisqu'elle pose des sous-basements de l'organisation de la vie sociale et psychique de ses membres. Le fait d'intégrer la famille dans l'approche thérapeutique s'avère très utile. La famille accompagne souvent les patients à l'Unité de Santé Mentale. La participation familiale dans les soins fournis aux patients est très importante et le soutien moral de la famille vis-à-vis des patients est considéré comme un point essentiel.

La situation de tentative de suicide de l'un des membres de la famille est une conjonction de traumatismes, ruptures, ou risque de rupture à différentes échelles sociales et de façon transgénérationnelle. Dans ce sens, il est inutile et parfois dangereux de stigmatiser une ou des personnes de la famille ou de porter un jugement sur leur maladresse relationnelle quand ils désirent participer à la sortie de l'état de détresse d'un membre de la famille. Leurs interventions parfois maladroitement sont en partie dues à l'état d'angoisse et au sentiment de culpabilité. Ils peuvent devenir des alliés thérapeutiques et ils ont très souvent eux-mêmes besoin d'une aide sur le plan psychique pour dépasser cette situation pénible.

La famille réagit au geste suicidaire par différentes réactions ; 1) familles dans le clivage qui se repèrent aux indices suivants : déni du geste ou de la gravité de l'acte, déni de la souffrance, indifférence ou abandon quand le suicidant est un mineur ou le conjoint. 2) la famille peut aussi réagir sur un mode opératoire dans une recherche active de conseils et solutions toutes prêtes afin d'évacuer l'angoisse en réaction au risque suicidaire. 3) famille dans le processus secondaire, cette famille réagit par la culpabilité et l'angoisse, la culpabilité

est exprimée dans la recherche de ce qu'ils ont « bien pu faire qui a provoqué le geste, de ce qu'ils n'ont pas fait, mal fait, trop fait ». La culpabilité donne lieu parfois à des comportements aberrants dans la surenchère d'attentions, de cadeaux, des suppressions de limites qui n'améliorent pas la situation car ces tentatives maladroites de réparation tombent à côté des besoins du suicidant. (Brunel, 2002, p. 222-225)

Dans ce cadre là, une étude des tentatives de suicide et suicide des jeunes à Oran réalisée par Badra Moutassem-Mimouni en collaboration avec « le Centre National de Recherche en Anthropologie Sociale et Culturelle », ont fini par distinguer deux grandes réactions chez les familles des personnes qui ont fait une tentative de suicide ; **des familles inquiètes pour leur enfant, prêtes à tout pour l'aider et qui arrivent à se remettre en question.** » « **Des familles hostiles, méprisantes ou indifférentes.**

Face à cet acte violent les familles de ces sujets mettent en place de différentes modalités d'accompagnements et différentes attitudes pour aider leurs proches.

C'est afin de mieux cerner notre sujet de recherche qui consiste en l'analyse de ces différentes modalités d'accompagnement mises en place par la famille des malades mentaux suicidant nous amenons à poser la question suivante :

-Comment la famille réagit à la tentative de suicide de l'un de ses proches, et quelles sont les attitudes qu'elle adopte pour en faire face ?

Notre pré-enquête effectuée au niveau du service psychiatrie de l'unité Frantz fanon de Bejaia nous à permis, et cela grâce aux données récoltées et résumées précédemment, de rencontrer un nombre de sujets assujettis à notre thème de recherche. Au cours de notre séjour dans ce centre, nous avons pu non seulement assister aux différents entretiens des psychiatres avec leurs patients, mais aussi être présent lors des visites des familles à ces derniers, qui généralement se passent en bonnes conditions.

Nous avons constaté lors de nos interventions, qu'un nombre de proches des sujets prennent la peine de s'informer de l'état des malades auprès des infirmiers avant la fin des visites, d'autres ne se présentent pas toujours aux visites mais se renseignent toujours en contactant l'institution (le service) par téléphone, chose qui nous a menée à proposer les hypothèses suivantes :

Hypothèse principale

- Les familles de ces sujets (malades mentaux suicidants) sont portantes et trop inquiètes pour leur proche.

Hypothèse opérationnelle

Les familles manifesteraient leur soutien par leur présence et cela en se présentant ponctuellement aux visites organisées par le service et en se renseignant auprès des professionnels (psychiatres et infirmiers) sur l'état de leur proche ou en appelant au téléphone, (en contactant l'institution par téléphone).

Partie pratique

Chapitre IV

Méthodologie de la recherche

Préambule

Nous allons consacrer ce chapitre méthodologique à la présentation des différentes étapes que nous avons suivies dans notre recherche dans le but de mieux cerner les différentes modalités d'accompagnement mises en place par les familles des malades mentaux suicidants. Donc, dans ce présent chapitre nous présenterons les points suivants : la méthode de recherche, notre outil de recherche, ainsi que le groupe de recherche et à la fin le déroulement de notre recherche.

1. La méthodologie de recherche

Dans le but de vérifier nos hypothèses, nous nous sommes basés sur la méthode clinique qui s'attache à décrire le sujet dans sa singularité et sa totalité, comprendre ses conduites, étudier l'histoire du sujet et sa situation actuelle, elle sert aussi à l'observation et l'écoute attentive, elle nous permet de comprendre l'individu en situation et en interaction.

la méthode clinique envisage donc « la conduite dans sa perspective propre, relevée aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Chahraoui & Bénony, 2003, p. 11)

1.1. La méthode clinique de recherche

La méthode clinique de recherche renvoie à une recherche planifiée qui se dégage de l'expérience concrète pour prévoir le déroulement d'une recherche en fonction d'un but. Elle implique l'élaboration d'une stratégie de recherche et exclut la reprise spontanée d'un matériel rétrospectif non standardisé. Elle doit être définie comme « un processus de production de connaissances validées et communicables » à partir de l'étude approfondie du sujet humain considéré dans sa singularité. C'est le sujet acteur dans la situation observée qui est source de connaissance, et c'est bien ce qui spécifie la méthode clinique de recherche. L'objectif du chercheur est de produire des connaissances en validant empiriquement des hypothèses issues du matériel clinique ou des conceptions théoriques. Dans ce cas, cette méthode s'engage dans une démarche rigoureuse où seuls les travaux de recherches systématiques correspondant à des procédures rigoureuses de recueil, de traitement et de vérification peuvent être considérés comme une démarche scientifique (travail de découverte et de validation – vérification et administration de la preuve par exemple) qui consiste à :

- se poser une question ;
- anticiper la réponse en se mettant en position de pouvoir l'argumenter ;
- poser des hypothèses qui s'inscrivent dans une problématique ;
- satisfaire aux conditions de validité et de réfutabilité ;
- définir clairement des objets (sujets et/ou phénomènes et/ou événements et/ou processus) ;
- utiliser une méthodologie précise, adéquate permettant de recueillir le matériel correspondant au niveau de la recherche et de le traiter convenablement ;
- interpréter les résultats pour répondre de la validité de l'hypothèse et produire une connaissance nouvelle (nouveau phénomène clinique décrit, nouvelle loi, nouvelle interprétation ou nouveau modèle expliquant des phénomènes) ;
- discuter les résultats obtenus avec ceux des autres travaux. (Pardinielli & Fernandez, 2001, p. 42)

Beaucoup de recherches cliniques utilisent l'étude de cas. Notre recherche consiste aussi en l'étude de cas dont nous abordons la définition dans le point suivant.

1.2. L'étude de cas

L'étude de cas consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individus. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelles et passées (histoire de sujets, organisation de la personnalité, relation avec autrui, mécanismes de défense, etc.). Pour cela il rassemble un grand nombre des données issues des entretiens avec le sujet mais également d'autres sources, bilan d'exams psychologiques, témoignes des proches et des soignants. L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de restituer le problème d'un sujet, d'un contexte de vie où sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés. De l'ensemble de ces données le clinicien ou bien le chercheur essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiples, il essaiera de focaliser l'analyse sur un ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. (Albarelo, 2011, p. 12)

2. Le groupe de recherche

Notre thème de recherche se focalise sur les modalités d'accompagnement de la famille des malades mentaux suicidants, donc notre groupe de recherche comprend quatre sujets que

nous avons sélectionnés parmi d'autres cas sur la base de différents critères d'inclusion et des critères d'exclusion cité ci-dessous ;

2.1. Les critères de choix

2.1.1. Les critères d'inclusion

La sélection a été faite en rapport avec des critères d'inclusion et d'homogénéité qui se présentent comme suit :

- L'âge : tous les cas sont âgés entre 22ans et 60ans car c'est la tranche d'âge des adultes
- la qualité de tentative de suicide (TS) : Grave

Il ya deux sortes de tentatives de suicide : les suicides appels sans gravité et les vrais suicides graves. Pour faire une distinction entre le geste suicidaire de la personne qui avale quelques comprimés et de celle qui se défenestre, une tentative de suicide demeure un acte grave en lui-même. Il constitue toujours un appel dans une souffrance indicible à prendre au sérieux. Le geste d'appel considéré dénué de gravité ou comme du chantage, s'il n'est pas pris en compte, risque de provoquer une récurrence grave avec un risque léthal accru.

Ce risque est d'autant plus important si l'entourage familial, ou même les soignants, réagissent face à la tentative par une attitude de défi, de rejet ou de dérision plus ou moins ouverte. La souffrance peut ne pas être excessivement forte, mais le moyen utilisés très dangereux. Inversement la souffrance peut être très violente mais le moyen utilisé inadéquat malgré l'importance du désir d'autolyse. Il n'y a pas forcément de corrélation entre la gravité de l'acte et l'intensité de la douleur psychique. (Brunel, 2002, p. 117)

Pour notre part nous avons retenu les critères suivants qui définissent une TS grave :

- Dangereusité du moyen utilisé (défenestration, arme à feu...etc.)
- TS médicamenteuse qui a conduit à une hospitalisation en urgence pour des soins médicaux (lavage gastrique).

2.1.2. Les critères d'exclusion

- Les enfants et les adolescents
- Les TS mineurs
- Les suicidés et les sujets ayant des idéations suicidaires.
- Sujets dont on ne peut pas contacter la famille.

Tableau n°3 : Récapitulatif du groupe de recherche

Sujets	Sexe	Age	Niveau d’instruction	Nombre de TS	Type de TS	Membre de la famille interrogé
Ramy	Homme	31 ans	Universitaire	1fois	noyade	frère
Yacine	Homme	42 ans	Secondaire	2fois	médicamenteuse	frère
Mohand	Homme	53 ans	primaire	1fois	pendaison	fils
Lyna	Femme	24ans	Universitaire	1fois	Produit caustique	frère

Le groupe de recherche est composé de 4 sujets dont 3hommes et une femme, nous avons choisi 3 hommes parce que leurs motifs d’hospitalisation et leurs type de TS répondaient à nos critères d’homogénéité quant aux femmes retrouvé au service en générale elles représentent des TS mineurs. Ces quatre cas choisi sont de différents âges (varie entre 24 à 54 ans), le type de TS ou le moyen utilisé se diffère d’un sujet à l’autre, et enfin les sujets sont de différents niveaux d’étude. Nous n’avons pas eu l’occasion de parler à toute la famille c’est pour cela nous nous sommes focalisé beaucoup plus sur les proches du sujet et bien précisément ceux dont nous avons trouvé leur coordonnées dans le dossier médical du sujet.

3. L’outil de recherche

L’outil principal de notre recherche est l’entretien clinique de recherche, mais nous nous sommes appuyés aussi sur l’exploration du dossier médical des sujets dont nous abordons le contenu dans les pages qui suivent.

3.1. L’entretien clinique /l’entretien de recherche

Un entretien peut être défini comme une rencontre entre au moins deux sujets, dont l'un est un professionnel exerçant dans le cadre de cette rencontre une de ses fonctions professionnelles et dont l'autre reconnaît cette fonction et règle dans l’entretien son attitude sur cette reconnaissance.

L'entretien clinique est défini comme « une situation d'échange entre un sujet actif, qui organise son propre mode de communication, et le clinicien qui adopte une attitude de neutralité bienveillante. Cette relation se caractérise par l'asymétrie de la demande, le psychologue se plaçant surtout dans une position d'écoute du sujet vient en générale exposer une souffrance, un conflit, une interrogation. (Marmoz, 2001, p. 381)

L'entretien clinique a un autre but différent, dans le sens où il cherche à mettre en évidence des faits scientifiques, à construire un savoir à propos des questions qu'un psychologue peut se poser. Dans ce type d'entretien appelé « entretien de recherche » c'est le psychologue qui a besoin des informations données par le sujet, procédure et objectifs sont donc bien différents de ceux de l'entretien clinique.

Bénony, définit l'entretien de recherche comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales.

Il représente un outil indispensable et irremplaçable pour avoir accès aux informations subjectives des individus : biographie, évènements vécus, représentations, croyances, émotions, histoires personnelles, souvenirs, rêves. (Chahraoui & Bénony, 2003, p. 141)

Il existe trois types d'entretien clinique : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi-directif, c'est ce dernier que nous avons utilisé dans notre recherche.

3.2. L'entretien semi-directif

Ce type d'entretien est un usage complémentaire durant lequel le clinicien, pose quelques questions juste pour orienter le discours de certains thèmes.

L'entretien semi-directif se situe entre l'entretien directif et l'entretien non-directif. Il est ni totalement fermé, ni totalement ouvert. Les thèmes à aborder sont fixés à l'avance. Mais l'ordre et la forme de présentation des thèmes sont libres. On procède en général à ce type d'entretien pour approfondir la connaissance d'un domaine ou vérifier l'évolution d'un phénomène connu. Pour Quivy et Campenhoudt, c'est la forme qui est certainement la plus utilisée en recherche. Pour eux, le chercheur dispose d'une série de questions-guides relativement ouvertes à propos desquels il veut obtenir une information. Il ne pose pas forcément toutes les questions dans l'ordre prévu initialement. Il laisse venir le plus possible

l'interviewé pour qu'il puisse parler selon une logique qui lui convient. L'intervieweur pose les questions que l'interviewé n'a abordées de lui-même.

Cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet comme les maladies antérieures qui l'ont mené à l'état psychique du moment, c'est une technique qui autorise une certaine liberté d'expression, une fois la consigne donnée, on se retient d'interrompre son sujet et si celui-ci reste silencieux car il n'arrive pas à sortir d'une situation de gêne, on le relance par d'autres questions afin de l'aider à parler. (Vilatte, 2008, p. 8)

3.3. L'attitude du chercheur durant un entretien

Face à son sujet le chercheur doit être neutre et bienveillant, attentif, et doit éviter de parler, d'interroger et surtout éviter les mimiques ou les gestes significatifs, il doit encourager son patient à parler et se laisser emporter par le rythme adopté et moduler par l'autre selon les contenus de son discours.

Le chercheur doit écouter très attentivement, même si le sujet exprime les banalités ou les lieux communs. Cela demande au chercheur une grande capacité de concentration afin de pouvoir « relancer » sur certains thèmes, ou éventuellement de faire une synthèse de ce qui a été dit, avoir une attitude empathique, c'est-à-dire que le chercheur essaie de comprendre ce que dit le sujet, ses valeurs et son cadre de référence, marquer son accord avec tout ce qui est dit, montrer qu'il ne porte pas de jugement de valeur sur le discours, s'abstenir de toute attitude normative ; marquer de l'intérêt pour ce qui est dit, en utilisant des expressions telles que : je vois, je comprends, mmh.... relancer afin que le sujet approfondisse et explore le(s) thème(s) du guide d'entretien. Il existe plusieurs types de relance : *relance miroir* : répéter les derniers mots prononcés, *relance mémoire* : miroir des choses qui se sont déjà passées : vous m'avait dit au début Tout à l'heure vous disiez ... *relance synthétique* ou reformulation : elle demande une certaine expérience de la part de l'enquêteur, il ne faut pas risquer de faire une synthèse qui ne traduirait pas la pensée du sujet, ou qui montrerait que l'écoute n'a pas été attentive. (Legavre, 1999, p. 210)

L'abord de ce point nous a permis de nous initier à la relation clinique dans le cadre de notre recherche. Pour systématiser la réalisation des entretiens pour notre étude nous avons élaborés ce qu'on appelle un guide d'entretien.

3.4. Le guide d'entretien

Selon Blanchet en 1992 : « Le guide d'entretien est l'ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». (Chahraoui & Benony, 2013, p. 68)

On a préparé un guide d'entretien, destiné à la fois au sujet, à la famille, au psychiatre traitant et à l'infirmier.

Le premier axe adressé au sujet ; informations générales du sujet, de ses relations avec son entourage...Etc.

Axe n° 2, adressé à la famille ; informations générales des relations au sein de la famille avant la maladie, après la maladie et bien sûr après le passage à l'acte. Dans le but de faire ressortir les différentes réactions des familles de ces sujets après la tentative de suicide.

Dans l'axe n° 3, adressé aux professionnels de santé dont le but d'avoir une idée sur l'état du patient pendant l'hospitalisation au service et la nature de la relation avec la famille lors des entretiens avec la famille ou lors de la visite.

3.5. Dossier médical

Le dossier médical est un outil constitué de documents (physiques ou/et informatisés) qui retrace les épisodes de la maladie et du parcours de soin d'une personne. Il est aujourd'hui considéré comme un outil capital d'exercice pour tout professionnel de santé. Son enjeu est considérable dans le suivi des soins, la coordination pluridisciplinaire, sa bonne tenue est une obligation pour les professionnels de santé.

Le dossier du patient est créé à l'occasion du premier contact du patient avec l'établissement de soins (consultation externe ou hospitalisation). Il s'enrichit ensuite de la trace des interventions des différents professionnels rencontrés par le patient au cours de son parcours dans l'établissement de santé. À l'issue de chaque contact, le dossier est classé puis archivé. Le dossier contribue à la prise en charge optimale du patient et notamment à la continuité, l'efficacité et la sécurité des soins. Pour cela, il doit permettre une information circulante produite par des acteurs responsables clairement identifiés ou identifiables, organisée selon un classement défini sur des supports en bon état, et répondre à des règles précises d'organisation.

Donc le dossier regroupe des informations pertinentes; c'est un outil de réflexion et de synthèse médicale et paramédicale, en vue de la démarche préventive, diagnostique et thérapeutique. Les informations qu'il comporte favorisent la coordination de la prise en charge du patient au cours et à l'issue de son contact avec l'établissement de santé.

Le dossier du patient a un rôle de mémoire du patient et des professionnels, de communication et de coordination ; ses fonctions sont multiples :

- mise à disposition d'informations nécessaires et utiles à la prise en charge et au suivi.
- traçabilité des soins et des actions entreprises vis-à-vis du patient.
- continuité des soins.
- aide à la décision thérapeutique par son contenu.
- lieu de recueil du consentement éclairé du patient, de l'analyse bénéfices-risques et de la traçabilité de la décision.
- évaluation de la qualité des soins et de la tenue du dossier.
- enseignement et recherche.
- rôle juridique important dans le cas d'une recherche de responsabilité.

(Pelletier, 2003, p. 15-16)

Pour notre étude nous nous sommes appuyés sur « **Des dossiers médicaux** », dans le but de recueillir des informations sur les sujets de notre groupe de recherche s'agissant de cinq cas ; on a pu consulter leur dossiers médicaux dans l'objectif d'en extraire des données personnelles ; sur la maladie psychiatrique, la nature de la TS, le nombre de TS effectuées. Les antécédents familiaux et médicaux. En ce qui concerne la trace de la famille dans la prise en charge ou dans son accompagnement rien n'est signalé sur le dossier médical du sujet mise à part les coordonnées d'une ou deux personnes de la famille.

4. Déroulement de la recherche

Nous avons effectué notre stage pratique au niveau du service de psychiatrie relevant du centre hospitalo-universitaire Frantz Fanon. Le service est scindé en deux unités :

Le service homme : avec 12 lits dans la salle commune (grande salle), une cour, un salon, le bloc d'isolement avec 6 chambres, un bureau du chef de service, et un autre pour les urgences accompagner d'une salle de soins et une salle d'attente.

Le service femme : avec 8 lits, une petite cour, une cuisine, une salle, 3 chambres d'isolement, un bureau de consultation, un autre pour le médecin chef.

Nous avons commencé notre stage pratique par une pré-enquête comme première étape qui représente une étape très importante dans tout travail de recherche. Nous avons effectué notre pré-enquête dans le centre hospitalo-universitaire Frantz Fanon de Bejaia au service de psychiatrie, dans le but de recueillir des informations sur notre groupe de recherche et de bien diagnostiquer les modalités d'accompagnement de la famille de ces patients ayant fait une tentative de suicide.

Notre démarche de recueil de données s'est déroulée selon les étapes suivantes; dans un premier temps nous nous sommes présentées au service, tout le personnel du service, les infirmiers ont été bien accueillant et nous ont fait la tournée de tout le service qui contient deux unités ; hommes et femmes une salle des urgences, et le secrétariat.

Puis dans un deuxième temps et avant d'entamer notre recherche nous avons d'abord expliqué notre thème de recherche et la démarche que nous avons souhaité suivre aux psychologues et aux psychiatres qui sont au niveau de l'hôpital et bien sûr avant tout cela nous avons d'abord eu l'accord de notre encadreur au niveau de l'université de Bejaia.

Pour cela nous avons consacré quatre semaines d'observation des patients hospitalisés. Comme nous avons assisté aux séances de visites médicales (consultations) réalisées deux fois par semaines par les médecins du service, ces visites consistent en des entretiens réalisés par les médecins avec les sujets hospitalisés, pour avoir une idée de leur état.

Dans un troisième temps c'est-à-dire après avoir fait toutes ces observations sur les patients nous avons effectué notre premier entretien avec le sujet « Ramy » ; le premier entretien s'est bien déroulé avec lui, après lui avoir expliqué les buts de notre recherche. En tout il s'est montré à l'aise.

Puis après nous avons assisté au moment de la visite (visites qui sont programmés chaque jour de 13h30 jusqu'à 14h30 pour les familles et les proches des malades mentaux hospitalisés) pour voir le déroulement de celle-ci. A la fin de celles-ci nous avons eu

l'occasion de parler avec ses frères qui s'inquiétaient vraiment sur l'état de leurs frères par ce qu'il était un peu stressé, et il voulait sortir sous prétexte qu'il n'est pas malade.

Donc le premier entretien avec le frère s'est bien déroulé, il nous a parlé un peu de son frère de manière général, comment il était avec eux avant sa maladie. Les frères de « Ramy » étaient très compréhensibles. La famille de monsieur « Ramy » est toujours présente à la disposition de son proche, ils ne viennent pas toujours pour lui rendre visite au service mais ils appellent chaque jours pour avoir des nouvelles de leurs frère.

Dans la deuxième étape qui renvoie à l'enquête et après avoir sélectionné notre population d'étude, on a pu profiter des moments de la visite (visites organisé pour les familles) pour contacter les familles de nos cas et avoir leur accord pour nous répondre aux questions du guide d'entretien destiné à la famille. Notre enquête s'est déroulée comme suit :

- Nous avons assisté aux entretiens réalisés par les médecins du service avec les patients, et par là nous avons pu identifier les patients ou les sujets qui répondent à notre thème de recherche.
- Par la suite nous avons procédé à l'étude des différents cas toute en consultant leurs dossiers médicaux.
- Nous avons fait des entretiens avec les sujets. Nous avons remarqué que nos sujets ont des difficultés à nous décrire le moment du passage à l'acte suicidaire, nous répondaient brièvement, et directement commencent à nous raconter de leur souffrances psychique, leurs douleurs. A la fin nous les avons remercié pour leurs participations dans notre recherche, en leurs souhaitant un bon rétablissement.
- Ensuite nous avons aussi fait des entretiens avec quelques membres des familles de ces cas choisis.

Synthèse

Après avoir bien définie la méthode de recherche, nous avons procédé au recueil de données nécessaires pour notre recherche en suivant plusieurs étapes. Ce qui nous a permis de faire une présentation et une analyse des données recueillies de chaque cas, chose que nous allons présenter dans le suivant chapitre.

Chapitre V

**Présentation, analyse et
discussion des résultats**

Préambule

Après avoir présenté la démarche méthodologique qui nous a permis de recueillir les données pour notre étude, nous allons passer à présent à l'exploitation de ces données en vue d'examiner de près nos hypothèses. Il s'agit de procéder à des présentations de cas selon le plan suivant : présentation biographique du cas, présentation et analyse des données du guide d'entretien, et synthèse du cas. On conclue le chapitre par une discussion générale des résultats.

1. Présentation de la famille « Ramy »

1.1. Présentation biographique du cas « Ramy »

Monsieur « Ramy » âgé de 32ans, troisième d'une fratrie de trois, deux frères et une sœur. Père décédé et maman vivante. Ramené par la police pour des troubles du comportement. Hospitalisé pour la première fois en milieu psychiatrique. Pas de dépendance tabagique et alcoolique, pas d'antécédents médicaux, ni d'antécédents pathologiques familiaux.

Sujet à taille et corpulence moyenne, tenue vestimentaire bien propre, contacte facile, discours claire, cohérent, il déclare être l' élu et le prophète ; il dit que « *le bon dieu l'a choisi pour répandre le bien* », ce qui renvoie à un délire mystique à mécanisme hallucinatoire. Il dit que c'est le bon dieu qui l'a orienté vers la mer pour répandre le bien.

Pendant la première visite organisée par les médecins, le contact est facile, mimique ralenti, discours émis à voix audible, persistance du délire mystique religieux à mécanisme hallucinatoire ; « *je suis un ange* », sa mission consiste à : rétablir la paix dans le monde. Avec la présence aussi d'un délire de concernement et de persécution ; « *tout le monde parle de moi par ce que je suis un ange* ». « *Ils voulaient me tuer mais ils ne peuvent pas le faire car dieu est la pour me protéger* ».

Après une semaine d'hospitalisation monsieur « Ramy » est stable sur le plan comportemental, demeure délirant, anosognosique et dit que le traitement n'est pas nécessaire pour lui. Il est stable sur le plan moteur, mimique expressive et contact possible. Le discours émis à voix claire véhiculant toujours l'activité délirante, « délire mystique » il est l' élu de dieu ; il entend la voix d'un « *Malek* » qui lui dit dans ses pensées. Il rapporte la diminution des voix depuis son hospitalisation. Patient dans la demande de la sortie, il est toujours anosognosique.

Après 10 jours d'hospitalisation monsieur « Ramy » a essayé de s'étrangler par son tricot de peau car il veut quitter l'hôpital.

Après 15 jours d'hospitalisation toujours la persistance des hallucinations accoustico verbale, des voix lui disent qu'il est prophète et qu'il va se marier d'où l'insistance pour la sortie pour se marier.

A 20 jours d'hospitalisation « Ramy » est stable sur le plan moteur, mimique expressive, discours incohérent, rapporte toujours l'activité délirante mystique avec une conviction inébranlable, il est dans la quête de la sortie, il veut sortir pour propager sa mission. Juste après une semaine « Ramy » est stable sur le plan moteur, mimique détendu, contacte facile, discours émis à voix audible à débit fluide véhiculant une activité délirante à thématique mystique, le sujet a une conviction inébranlable qu'il est « *nabi* » dit qu'il doit sortir pour accomplir sa mission. Il est complètement anosognosique et accepte de prendre le traitement oral. Juste après une semaine le sujet est stable sur le plan moteur, reconnaît la nécessité du traitement, fonction instinctuelle rétablie.

Après un mois d'hospitalisation, il dit que « je suis Ramy », je ne suis plus le prophète, nekki d Ramy machi d nabi, irouh lwhay nni ». Mais il demeure très anxieux, et il reconnaît la nécessité de prendre le traitement. Sujet stable sur le plan psychomoteur, contacte facile, mimique expressive, discours émis à voix audible, il dit toujours que je ne suis plus le prophète mais je suis moi-même.

Durant son hospitalisation, il était stable sur le plan comportemental, aucune crise d'agitation, humeur stable, mais y'a toujours la présence de l'activité délirante et de période à une autre refuse de prendre son traitement.

Dans le dossier médical du sujet on trouve que les numéros de téléphone de ses deux frères. Le sujet est sortant après 1mois et demi d'hospitalisation.

1.2. présentation des données du guide d'entretien

L'entretien de monsieur « Ramy » s'est bien déroulé, grâce à sa coopération, après lui avoir expliqué le but de notre recherche.

En répondant à notre première question qui porte sur le nombre des membres de sa famille, le sujet nous rapporte qu'ils sont en tout cinq à la maison, deux grands frères et une sœur

c'est-à-dire le troisième d'une fratrie de trois ; « *nekni aklagh g khamisa yidhnagh yamma, sin wayethma dimekranen felli, nekkini akk d weltma tamechtouhth, ma d baba yemouth. »*

Puis après nous avons saisi l'occasion de lui demander de nous parler de leurs relations entre eux, monsieur « Ramy » nous disait qu'il a de très bonnes relations avec tous les membres de sa famille, « *thibighthen akk, rnou tmisefhamagh yidhsen akk, biensur mindek maghegh d wayethma chwiya mais normal f lahwayej timezyanin ken (lkach, lkhedma, lqedhyan..)* » « Je les aime tous et je n'ai aucun problème avec eux, nous sommes une famille très heureuse, bien sur que de temps en temps je me dispute avec mes deux frères sur des choses banales (vêtements, sorties, achats...etc.) mais c'est tout a fait normal tout le monde a ce genre de dispute » nous disait monsieur « Ramy ». Il ajouta aussi que lors de son hospitalisation après deux semaines sa famille voulait le récupérer par ce qu'il leur manquait trop et qu'il leur a laissé un grand vide à la maison. « *Imi 3aden sneth smaneth felli dayi akham nagh bghen ayawin labouda khousghassen bezaf g kham »*.

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de ses journées ou de sa vie quotidienne, monsieur « Ramy » disait ; « *khedmagh, oussan anda oukhedemghara tefaghegh adhawsagh, we dhesfarhagh meden, wa ahen3iwnagh. J'exerce mon métier, et les jours de repos je préfère me balader dehors, j'aime bien rester à la maison mais je préfère sortir plus pour changer d'aire et répandre le bien, lorsque je suis à la maison, ma priorité c'est de lire le coran, le livre de dieu pour bien répandre le message de dieu. Parce que nekki d'ennabi* ». On constate alors que l'idée délirante persiste toujours.

Face aux coups durs monsieur « Ramy » nous disait que seule sa famille qui pourra l'aider et être à ses cotés, et il ajouta aussi « *rebi sebhanou yetili toujours yidhnegh »*.

En arrivant à la question du moment du passage à l'acte, monsieur « Ramy » nous disait ; « *je n'ai pas fait une tentative de suicide mais j'ai suivi la voix de dieu, iwhayid rebi slighass. C'est pour l'intérêt de l'humanité, je suis la au service de l'humanité. »* Il déclare qu'il n'a jamais d'idées suicidaires mais il a juste répandu au message de dieu.

Donc ce passage à l'acte n'été pas planifié, il l'a fait au moment où il a eu son ordre par « *le wahye »* selon ses dires et pour lui ce n'est pas une tentative de suicide.

A la fin et sans même lui poser la question il continu à parler de sa famille en disant ; « *gmi yemouth baba 3amayen ayi gher defir ijayaghed lwehch damekran lama3na nekkim akken lwahi alkouli bech anme3iwin garangh koul yewen adhyihadher ghef wayet »*.

L'entretien avec le frère de « Ramy » s'est bien déroulé, grâce à sa grande coopération, et sa compréhension, mais il était un peu triste et trop inquiet pour son frère.

On a demandé au frère de « Ramy » en premier temps de nous parler un peu de son frère, il disait que son frère était quelqu'un de bien, et même il est bien instruit, il a poursuivi son parcours d'étude jusqu'à la licence, il est gentil avec tout le monde, il prend soin de nous tous et surtout de notre maman. Après l'obtention de sa licence, il a fait un deuxième diplôme de pêche maritime et il travaillait au même temps sur Alger et il revenait généralement pour passer le weekend avec la famille, et même des fois il revenait pendant la semaine.

Il nous a rapporté *qu'au moment de sa formation sur Alger pendant 1an il commençait à avoir des troubles du comportement, à s'isoler, des problèmes de sommeil, et la chose qui a beaucoup inquiété sa famille c'est son attachement au côté religieux alors qu'il ne l'était pas avant.* Il a consulté après un psychiatre qui lui a prescrit un traitement mais il ne le prenait pas régulièrement sous prétexte qu'il n'est pas malade, selon les dires du frère de monsieur « Ramy » il a beaucoup changé après sa maladie, *il commençait à leur parler le plus souvent de la religion, de la voie qui mène au paradis, il lisait le coran tout au long de la journée, et lorsqu'il descend au village il essaye de donner des conseils aux habitants du village et leurs parler que de dieu et de la religion,* chose qui a favorisé sa rechute et le poussant au passage à l'acte (TS). Mais jusqu'à maintenant ils n'ont pas une idée sur ce qu'il l'a poussé à cet acte (TS), déjà il était loin d'eux, parce qu'il a été à Bejaia sans les prévenir alors que la famille habite à Bouira, *« ar toura ourna3limara dachou igetran exactement dinna labouda yella da ghorwen g bgayeth nekni ouna3limara dachou ithidiwin gher dinna, alami ighdlou3an les pompiers nwen dayi n bgayeth nouhni ithiwin ghe svitar, thetfagh lkhel3a ilkel nagh immir immir netfad abrid ghe bgayeth ouna3limara amek idnewat, imi d nawat noufathid dayi g service n la psychiatrie, outhnezzara imir nni labouda goumen la visite lama3na sfahmenaghed les médecins chwiya f l'état yness, nanaghed zemrem atezrmat après une semaine, mais immir nni yemma thetkalek bezzaf fellas tebgha atezrith bessif itnewi.* Donc en répondant à notre question sur la réaction de la famille face à cet acte violent, il a dit que « toute la famille était choquée en entendant cette nouvelle effrayante, donc ils se sont déplacé immédiatement vers Bejaia pour avoir les nouvelles de monsieur « Ramy ».

Le frère de monsieur « Ramy » nous a rapporté qu'ils n'ont pas d'antécédents suicidaires dans toute la famille, *« oula d yewen g la famille nagh ilkel ouringha imanis nagh isseya*

adhinagh imanis, dayen ighiskhal3an daghen, en plus shoussagh comme si nekki daghen ouhoudherghara gma 3almagh belik ihlek mais jighth irouh ou3limghara anda ».

Le frère de monsieur « Ramy » nous a dit qu'ils ne se présentaient pas tous les jours au service pour rendre visite à leur frère, environs deux à trois fois par semaines vue qu'ils habitent à Bouira, mais ils appellent tous les jours pour se renseigner sur l'état de leur frère, et lorsqu'ils viennent pour lui rendre visite ils se renseignent aussi sur son état auprès du personnel médical.

D'après l'entretien avec le frère de « Ramy », nous avons constaté qu'ils ont de très bonnes relations entre eux à la maison, c'est une famille très attachée et chaque membre prend soin de l'autre malgré que chacun d'eux travail en dehors de la ville de Bouira, ils s'aident entre eux, et après le passage à l'acte la famille était trop inquiète et voulais bien comprendre pourquoi ce passage à l'acte, et bien aider « Ramy » à dépasser sa souffrance.

Selon son psychiatre traitant ; « la famille de « Ramy » joue un rôle important dans son accompagnement, ses frères ne viennent pas tous les jours pour lui rendre visite. Mais lorsqu'ils viennent ils cherchent toujours son psychiatre traitant pour se renseigner sur l'état de leur frère. Ils sont toujours inquiets pour leur frère. »

Les infirmiers nous ont rapporté que le sujet « Ramy » était un patient très calme, mais de temps en temps il refusait de prendre son traitement par ce que pour lui il est le prophète donc il n'est pas malade, il passait ses journée à lire le coran et à parler aux autres (patients, infirmiers.) de la religion et de sa mission. Le moment de la visite se déroule dans de bonnes conditions, sa famille se présente à la visite mais pas tous les jours vue qu'ils habitent à Bouira mais ses frères appellent toujours pour avoir les nouvelles de leur frère.

1.3. La synthèse de la famille « Ramy »

Après l'analyse des résultats de l'entretien effectué avec le sujet, son frère, et les professionnels de santé, comme nous avons rencontré toute la famille avant de voir son proche, sa maman était vraiment triste et trop inquiète pour son fils, elle attend avec impatience que l'infirmier appelle Ramy pour rentrer à la salle où se déroule la visite. On a conclu que la famille de « Ramy » est portante.

2. Présentation de la famille de « Yacine »

2.1. Présentation biographique du cas « Yacine »

Il s'agit de monsieur « Yacine » âgé de 42ans, célibataire, il est le troisième d'une fratrie de quatre ; deux frères et deux sœurs, ses parents sont vivants, pas de dépendance tabagique et alcoolique, pas d'antécédents médicaux, pas d'antécédents pathologiques familiaux. Admis pour la première fois au milieu psychiatrique à l'âge de 39ans pour tentative de suicide par ingestion médicamenteuse à savoir du « lomac », pour fuir des hallucinations accoustico-verbale ; des voix qui lui disent qu'il y'a des personnes qui lui font du mal et veulent le tuer, avec aussi la présence d'une activité délirante de persécution, dans les antécédents du patient, selon son frère c'est la première fois que ça lui arrive de se comporter ainsi, suite à une dispute et un grand problème avec son ami pour une affaire personnelle, il l'a poignardé, ce qui lui a causé une incarcération de quatre mois. Actuellement, il rapporte qu'il entend les cries de la famille de la personne qu'il a poignardé, et cela lui fait de la peine, de la colère créant une grande agitation en lui.

Monsieur « Yacine » est examiné ce jour suite à *une deuxième tentative de suicide, toujours par ingestion médicamenteuse, ramené par son frère suite à une lettre d'orientation de l'hôpital Khelil Amrane, il était délirant, halluciné, interprétatif*. Le patient est dégoûté de sa maladie, il rapporte que « sa tante le contrôle et elle est toujours au courant de ce qu'il fait et cela car elle lui a inséré une puce dans la tête pour le mener en prison pour se débarrasser de lui et garder sa chambre pour elle, par ce qu'elle n'est pas marié et elle vit avec eux à la maison. Par ailleurs elle lui a mis un portable dans sa chambre pour le surveiller ». Il est toujours anxieux et persécuté ayant peur que le personnel médicale lui cause du mal. Après l'hospitalisation le patient est stable sur le plan psychomoteur, le contacte s'établie facilement, et il parle de ses hallucinations visuelles : « je vois Samia, je suis marié avec elle, elle me demande le divorce mais moi je l'aime je ne veux pas qu'on divorce c'est pour cela je veux mourir ». (« *khedragh Samia, zewjagh didhes, nettath tebgha anemsevru, nekki thibight bezzaf ihi bghigh adhemthegh* »).

Durant son hospitalisation qui a duré deux semaines, il a été stable sur le plan comportemental, aucune crise d'agitation, humeur stable, mais y'a toujours la présence de l'activité délirante.

Dans le dossier médicale de monsieur Yacine on trouve les cordonnées de son frère et de son père. Et quelques informations signalées par ses deux frères lors de son hospitalisation.

2.2. Présentation des données du guide d'entretien

L'entretien avec monsieur « Yacine » s'est bien déroulé, grâce à sa coopération, sa façon de s'asseoir est correcte, sa tenue vestimentaire est bien soignée.

D'après le patient, il savait qu'il est malade, mais il ne se souvient pas comment cela est arrivé, il ne se sentait pas bien, il avait du mal au cœur quand il a vu son état, mais maintenant il se sent bien à l'hôpital. Il rapporte qu'il est le troisième d'une fratrie de quatre ; deux frères et deux sœurs, ses parents sont vivants, et ya sa tante qui vit avec eux parce que les grands parents sont décédés ya longtemps. Et selon lui c'est elle qui est la cause de son état; *d nettath iyishablen, tet3assayi, ta3lem dachou khedmagh bech aytessoufagh g la chambre ynou* » disait monsieur « Yacine ».

En répondant à notre question portant sur ses relations avec sa famille, il nous disait que j'aime bien ma famille, on s'entend bien surtout avec mon petit frère « Mounir ». On est très proche et on est comme des amis on se parle de tout entre nous, j'aime aussi mon grand frère « Lyes » mais c'est l'autre qui est plus proche à moi. Ma sœur « Karima » qui est plus âgée que moi est trop protectrice et je l'aime trop parce qu'elle me fait toujours ce que je veux et ce que j'ai besoin, la petite « Mira » c'est moi qui l'a protégée de tout et je suis prêt à faire ce qu'elle veut et tout ce qu'elle a besoin. *Mes parents sont les meilleurs parents du monde, mais je leurs ai fait trop de mal à cause de ma maladie, d'après lui sa famille s'inquiète pour lui et ses parents surtout étaient trop effrayés, ils avaient peur, surtout son frère « Mounir ». Il rapporte aussi que : « yemma tejreh tassas felli meskinte skhal3aght ».*

Il disait qu'il préfère rester à la maison et qu'il n'avait pas de problèmes avec la famille mise à part sa tante, « je la déteste par ce qu'elle me veut du mal. Mais il n'a pas voulu nous parler sur le conflit qu'il avait avec son ami, il disait que c'est personnel, je ne veux plus parler sur ça car j'entend toujours les voix de sa famille et cela me souffre, il a arrêté de parler pour un petit moment puis il a repris la discussion en disant : *nekki thibigh samia bezzaf oubghighara atejagh.*

Face aux coups durs, il disait ; « *d gma « Mounir » igelan didhi a chaque fois adhes3ough un problème hekoughass toujours i netta malgré damezyan felli mais it3awaniyi bezzaf. Et bien sur yemma tahninit oulech am nettath hninit dla3jeb didhi déjà avant madkechmagh gher dayi yemma iyditaken dwa ynou* », c'est sa maman qui lui donne toujours ses

médicaments. Mais il nous a dit qu'il veut sortir par ce qu'il veut être avec sa famille et qu'il est dégoûté au service.

Il rajouta aussi que sa famille l'aide trop et elle se présente souvent aux visites pour le voir et avoir ses nouvelles, ils lui ramènent toujours des choses à manger, ses sœurs et sa mère lui lavent son linge, et toute sa petite famille lui demande toujours s'il a besoin de quelque chose.

Vue les réponses de monsieur « Yacine », nous avons constaté qu'il présente une activité délirante et hallucinatoire avec un discours désorganisé lorsqu'il nous a parlé de sa tante, puis d'un seul coup il a parlé aussi de la fille Samia qu'il aimait, son discours n'était pas vraiment claire par ce qu'il parlait à basse voix, sa tenue vestimentaire est bien propre, sa façon de s'asseoir est correcte, il est conscient de sa maladie et de sa souffrance. Ce pendant il parlait de sa famille qui s'inquiétait pour lui, et que toute la famille est présente pour lui, il nous a montré un grand attachement entre lui et sa famille.

Selon son frère monsieur « Yacine » est le troisième d'une fratrie de quatre ; deux frères et deux sœurs, ses parents sont vivants, et leur tante vivait avec eux comme nous a rapporté aussi « Yacine ». D'après « Lyes » le grand frère de « Yacine », le début de la maladie de son frère remontait à l'âge de 25ans, ça a commencé par « *lweswas, itchoukouth g koulech* » il disait que tout le monde le surveille « *t3assaniyi ilkel* », puis ils l'ont emmené vers un psychiatre qui leur a annoncé sa maladie et lui a prescrit un traitement, et c'était sa mère qui lui donnait son traitement toujours, « *d yemma issitaken dwa yness* » mais après 6ans à 7ans et à cause de la maladie de notre mère et son hospitalisation pour une intervention chirurgicale il ne prenait pas régulièrement son traitement et il a fini par l'arrêter après, il commençait aussi à se douter de ses collègues de travail, sa maladie s'est aggravée, et il a fini par quitter son travail et après suite à une dispute entre lui et son ami à cause d'une fille, il disait son frère « je ne suis pas sur mais nekki akka iydihdhar » il a fini par poignarder son ami et heureusement qu'il est toujours en vie, donc il a passé 4mois en prison. Puis à sa sortie de la prison, son état s'est aggravé aussi ; ikared que 3amti tet3assath tghouchith ou tebgaha asst3al lhadja n diri » il leur a dit que leur tante le surveille, le déteste et elle veut lui faire du mal.

Puis après à l'âge de 39 ans il a fait une tentative de suicide, et c'était un grand choc pour toute la famille surtout à nos parents. Puis après son hospitalisation il a repris son état normal je ne dirais pas normal par ce qu'il est toujours malade, mais il prenait son traitement régulièrement et toute la famille prend bien soin de lui mais de temps en temps il nous disait

qu'il ne veut plus prendre son traitement et il en a marre. Sans après il a commencé à nous dire qu'il entendait des voix qui lui disent que notre tante lui veut du mal et aussi d'autres voix qui selon lui renvoient à la famille de son ami qu'il a poignardé. Vu que ce n'est plus ma mère qui lui donne son traitement suite à sa maladie il s'est habitué à prendre son traitement seul, donc je ne suis pas sûr qu'il le prend régulièrement par ce qu'il a beaucoup changé, il est devenu un peu agressif avec nous et surtout envers notre tante, et il a fini par cette deuxième tentative de suicide, on était tous inquiets sur son état qui s'est trop aggravé vu son passage à l'acte, du coup je l'ai ramené au service de psychiatrie suite à la lettre de l'hôpital de Khelil Amrane et notre souhait qu'il pourra se rétablir nous disait son frère. En ce qui est d'antécédents suicidaires au sein de leur famille *monsieur « lyes » nous a rapporté qu'ils n'ont jamais eu ce genre de comportements suicidaires dans la famille.*

En répondant à notre question qui porte sur leur présence à l'hôpital pour rendre visite à leur proche (frère), il nous disait qu'il lui rendait visite fréquemment lui et toute la famille sauf sa tante qui avait peur de lui, ou d'aggraver son état en la voyant. Comme il se renseigne toujours sur son état soit au près de son médecin traitant soit au près des infirmiers. « netrouhou koulyoum gh la visite, mais 3amti khaté, tougadhith, au même temps tougadh astekemel louken atizar »

D'après l'entretien avec le frère de « Yacine », nous avons constaté qu'ils ont de très bonnes relations entre eux à la maison, c'est une famille très attachée et chaque membre prend soin de l'autre, ils s'aident entre eux. Et, après le passage à l'acte la famille était trop inquiète.

Selon son psychiatre traitant la famille de « Yacine » joue un rôle important dans son accompagnement, ses frères et ses parents viennent tous les jours à la visite pour voir leur proche comme ils se renseignent sur son état. Ils sont toujours inquiets pour lui.

Les infirmiers nous ont rapporté que « Yacine » refusait de prendre son traitement de temps en temps, mais il attend avec impatience le moment de la visite par ce que sa famille lui manque trop, le moment de la visite se passe dans de très bonnes conditions, sa famille se présente en apportant pas mal de choses, de nouveaux vêtements propres, gâteaux, yaourt... Etc. et avant de partir ils passent toujours pour se renseigner sur son état auprès des infirmiers, et même des fois ses deux frères se présentent au service en dehors du moment de la visite pour se renseigner sur l'état de leur frère.

2.3. Synthèse de la famille de « Yacine »

Après l'analyse des résultats de l'entretien effectué avec le sujet, sa famille, et les professionnels de santé, on a conclu que la famille de « Yacine » est portante et prête à faire tout ce qu'il faut pour l'aider à dépasser sa souffrance.

3. Présentation de la famille de « Mohand »

3.1. Présentation biographique du cas de « Mohand »

Il s'agit de monsieur « Mohand » âgé de 53 ans marié et père de trois enfants, et retraité. Ramené au service par son fils et son unique frère par orientation de l'EPSP d'Elkseur pour tristesse profonde, perte de plaisir, et tentative de suicide par pendaison. Hospitalisé pour la première fois au milieu psychiatrique. Pas de dépendance tabagique et alcoolique, pas d'antécédents médicaux, ni d'antécédents pathologiques familiaux.

Sujet de taille et corpulence moyenne, hygiène corporelle limite, sujet ralenti sur le plan psychomoteur, mimique anxieuse triste, humeur tend vers le pôle dépressif, le contact possible, discours émis à voix audible, rapporte des idées de tristesse, sentiment de perte de plaisir, dévalorisation, idées de mort.

Le début du trouble remonte au mois de décembre 2017 suite à des problèmes familiaux marqué par une insomnie avec réveil matinal vers 1h du matin avec des ruminations et idées suicidaires (patient ayant passé à l'acte, il a préparé la corde, il l'a mis sur son coup et s'est retenu après avoir laissé une grande trace sur son coup). ralentissement psychomoteur et perte d'appétit, sentiment d'avenir bouché, d'où son hospitalisation.

Après trois jours d'hospitalisation, le sujet est stable sur le plan moteur, demeure toujours triste, mimique anxieuse, contacte facile. Discours émis à voix audible rapportant ses sentiments de tristesse.

Après une semaine d'hospitalisation le sujet est moins anxieux, rapportant son désir de rencontrer sa famille.

Dans le dossier médicale de monsieur Mohand on trouve aussi que les coordonnées de son grand frère et de son fils.

Sujet sortant après deux semaines d'hospitalisation.

3.2. Présentation des données du guide d'entretien

L'entretien de monsieur « Mohand » s'est bien déroulé, sa tenue vestimentaire n'est pas bien soignée, mais sa façon de s'asseoir est correcte, et demeurant très triste.

En répondant à notre première question qui porte sur le nombre des membres de sa famille, le sujet nous rapporta qu'il a trois enfants qui aime trop et un seul frère marié qui est très cher pour lui.

Puis après nous avons saisi l'occasion de lui demander de nous parler de leurs relations entre eux, monsieur « Mohand » disait en commençant à pleurer « *nekki thibighthen lama3na nouhni ala, oubghanara adhedoun didhi gh thmourthiw, nekki bghigh ad3ichagh dinna, ame9ran nni thibighth lama3na amezyan nni lwahi dyemmass sahbelniyi nohni idhessebaw louken den didhi an3ich dinna louken ouhlikghara akkayi, louken ournalhi9ara gh wanechthayi.* » il nous a rapporté son désir de se déménager vers leur ancienne maison en compagnie que lui-même a bien réaménager pour vivre en paix avec eux selon ses dires. Il ajouta aussi que c'est sa femme qui ne veut pas déménager et c'est elle qui est la cause de sa maladie.

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de ses journées ou de sa vie quotidienne, Monsieur « Mohand » nous disait « *trohough tamourth, tssagimagh akham , khadmagh tabhirth, hacha dinna itafagh imaniw* » monsieur « Mohand » est toujours à la compagnie pour aménager sa maison par ce qu'il se sent très bien là bas , et c'est le seul endroit qui le rend bien. Il dit qu'il veut juste vivre en paix avec toute sa petite famille dans cette petite belle maison qui a été aménagé par lui-même.

Face aux coups durs monsieur « Mohand » nous disait que seul son frère qui pourra l'aider et être à ses cotés, contrairement à sa femme, il ne veut même pas parler d'elle.

En arrivant à la question du passage à l'acte, monsieur « Mohand » *commença à pleurer en nous disant : « oufighara dachou ad3alagh dayen hed ouyithibi oubghanara ikel adhedoun didhi bech an3ich g kham nagh ajdid, deryaw, tassaw ouyebghanara labouda dimathensen ihnissehrachen felli. Amekran nni chwiya innayassen anroham ma3liche anezdegh dinna lama3na amezyen nni lwahi takchicht nni goumen teb3en imathensen, ihi rohagh akhem nni imaniw kimagh dinna lama3na oustahmalghara imaniw nighas dayen ademthagh ken oulech lfaydha zyi ma dragh, wighed amrar nni knaght gh tzemourth nni dinna bdhigh chankagh*

lama3na makthaghed deryaw ghatniyi oubghighara ahneshaznegh akther, lama3na koulech adhissegem louken adhedoun didhi gh akhem ni nekki adhejigh ou nouhni adhilin bien. »

Donc son passage à l'acte est une réaction en quelque sorte à une tristesse très profonde, perte de plaisir, sentiment d'avenir bouché.

A la fin, il continu à parler de sa famille en disant ; « nekki bghigh ken an3ich di lahna lwahi ilkel, akken ihendrabagh nekki ta3begh fellasen ayderen chwyta tajmilt i nekki, khedmagh ach7al bech adhilin bien, ourchouhagh oumadkhra fellasen. Nouhni khzer amek iyderran lkhiriw ».

Le fils de monsieur « Mohand » s'est présenté au service suite à notre appel téléphonique vue que le psychiatre traitant de monsieur « Mohand » a interdit la visite pour la famille pour le bien de leur proche. L'entretien avec son fils s'est bien déroulé, il était très coopératif et compréhensif, mais il était aussi très triste, à cause de l'état de son père en nous disant ; « je me sens pas bien du tout, je n'arrive pas à aider mon père, je ne sais pas qu'est ce que je vais faire ma mère d'un côté et mon père de l'autre côté, je sais qu'il est malade, mais ce qu'il demande lui n'arrange pas tout le monde à la maison, c'est ça qui nous a créé de grands problèmes à la maison, ma mère ne veut plus le voir, et de même pour lui aussi.

On a demandé à monsieur « Salim » le fils de monsieur « Mohand » en premier temps de nous parler un peu de son père, *il disait que son père était quelqu'un d'autoritaire entant que père mais il a toujours été prêts à satisfaire tous leurs besoins, comme il est autoritaire, il est aussi gentil avec eux, et il leur a manqué de rien. Il prend soin de sa petite famille et n'a pas de conflits avec personne, mais dès qu'il a passé en retraite il commençait à devenir trop nerveux et plus autoritaire qu'avant, donc il était toujours en compagnie pour aménager l'ancienne maison, au début il leur disait qu'il a rien à faire à la maison donc il part pour travailler un peu au lieu de rester sans rien faire. Mais quand il a terminé il leur a demandé de déménager chose que toute la famille a refusée.*

Selon les dires de son fils ; son père a beaucoup changé depuis *le début du trouble qui remonte à trois mois, il est toujours nerveux, il ne veut plus parler à notre maman même il lui a demandé de quitter la maison, et à nous de partir avec lui et vivre à la compagne, chose qu'on ne peut pas faire malheureusement par ce que l'endroit est trop loin de la ville, on ne pourra pas vivre là-bas. Donc il a décidé de partir et vivre seul dans cette maison.*

En ce qui est du moment du passage à l'acte il nous disait « *nekki milha9akh zrigh amrar g tezemourth nni mouthagh sel khal3a nwigbas dayen i3alit ourna3limara ouzlegh ghou kham oufighth yetrou, i9ariyid out3ilghara thibighkoum. Wighth directement gh l'hôpital zrant ilkel gessina chaya3naghed gher dayi.* »

En répondant à notre question sur la réaction de la famille face à cet acte violent (TS), il a dit que toute la famille était choquée en entendant cette nouvelle effrayante qui nous a déstabilisé tous, on n'a jamais pensé que les choses vont s'aggraver à ce point ; *louken n3al akken ibgha louken ouritrara anechthayi ilkel. Akka toura mayefagh gessayi anroh directement gher dinna adhiji ken ouma koulech isshal* ».

Il nous a rajouté aussi qu'ils n'ont pas du tout d'antécédents suicidaires dans toute la famille ; « *je pense g la famille nagh ouritrara ilkel wanechthayi* ». Monsieur « Salim » nous a rapporté qu'il se présente avec son frère tous les jours au service pour se renseigner au près des infirmiers sur l'état de son père vue qu'ils ne peuvent pas le voir, ils étaient trop inquiets sur lui. A la deuxième semaine de son hospitalisation, son psychiatre traitant a autorisé la visite à la famille après avoir parlé au frère et au fils de monsieur « Mohand » de la maladie de leur proche.

D'après l'entretien avec le fils de monsieur « Mohand », nous avons constaté que la famille s'est culpabilisée en quelques sortes, du coup ils ont décidé de faire tout ce qui pourra l'aider à dépasser sa souffrance. Ils ont décidé de s'aider entre eux tous pour aider leur proche à retrouver son bien.

Selon son psychiatre traitant : « la famille de monsieur « Mohand » joue un rôle important dans son accompagnement, ses deux fils étaient très inquiets et se questionnent toujours sur l'état de leur père.

Les infirmiers nous ont rapporté que le sujet « Mohand » était très calme, il passait ses journées en parlant aux autres sujets de sa souffrance. Le moment de la visite se déroule dans de bonnes conditions, sa famille se présente aux visites tous les jours, et ses deux fils se présentent au service toujours pour se renseigner sur son état.

3.3. Synthèse de la famille de « Mohand »

Après l'analyse des résultats de l'entretien effectué avec le sujet, sa famille, et les professionnels de santé, nous avons constaté que la famille de monsieur « Mohand » est

portante, et prête à aider son proche à dépasser sa souffrance, ils sont tous inquiets pour lui. Et ils ont décidé de faire tous ce qui pourrait lui apporter du bien.

4. Présentation de la famille « Lyna »

4.1. Présentation biographique du cas « Lyna »

Melle « Lyna » âgée de 24 ans est la benjamine d'une fratrie de quatre (deux frères et deux sœurs) son père est décédé quand elle avait 18ans. Etudiante universitaire.

Ramené par ses frères suite à une lettre d'orientation du CHU après une tentative de suicide par ingestion de produit caustique qui avait provoqué des complications graves nécessitant un lavage gastrique et une hospitalisation, de trois jours à leur niveau.

Selon ses deux frères le début du trouble remonte à 10 mois, marqué par une tristesse profonde, anxiété massive, isolement, insomnie ce qui les a poussé à la prendre pour consulter un psychiatre qui lui a prescrit un antidépresseur et un somnifère.

Son frère rapporta que sa sœur était en relation avec un homme plus âgé qu'elle qui lui demande constamment une sortie en voiture avec lui, puis un jours ils sont sortis dans une montagne ou il l'a agressé par sodomisation et filmé toute nue. C'est avec cette vidéo que cet homme la menace pour ressortir à nouveau avec lui. C'est ce qui a causé sa maladie, après avoir caché ceci à sa famille, et supporté une grande souffrance, elle décida enfin d'en parler mais sa famille n'a pas été compréhensive avec elle, bien au contraire elle a été méprisé. C'est ce qu'il l'a poussé au geste suicidaire. C'est sa première tentative de suicide par une ingestion de produit caustique.

Après trois jours d'hospitalisation « Lyna » demeurant toujours très anxieuse, avec une tristesse profonde, contacte un peu difficile, trop timide, et ne pouvant pas s'exprimer.

A une semaine d'hospitalisation « Lyna » est moins anxieuse, mais toujours triste vue que sa maman ne veut plus la voir ou parler avec elle.

Son frère a laissé son numéro de téléphone mais il a dit aux infirmiers qu'ils ne vont jamais venir la voir, uniquement si le personnel médical le demande.

4.2. Présentation des données du guide d'entretien

L'entretien de mademoiselle « Lyna » ne s'est pas bien passé car elle *s'est présentée avec une timidité et avec un comportement réservé*. Lors de notre entretien avec Lyna, nous avons

essayé de la mettre en confiance pour lui permettre de s'exprimer et de partager avec nous son quotidien et surtout ses relations avec son entourage, mais cela l'a affecté et l'a fait pleurer en disant « *en plus d'être souvent absente, ma mère ne me comprend pas* » « *yemma ouydefahem ara toujours thtefagh* ». « Lyna » ne communique ni avec ses sœurs ni avec ses frères, elle se sent isolée, et aussi une solitude affective et relationnelle car elle a aucun ami(e),

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de ses journées ou de sa vie quotidienne, « Lyna », nous disait « *ta9arrayth, oussen anda oukeraghara, khedmagh, asma deklagh akham imma oulechit, adhkechmagh gh la chambre ynou adhekimagh imaniw, ous3ighara wayethma en vérité* ». Elle est aussi insomniaque avec un manque d'appétit. Surtout ces derniers temps. Elle verbalise calmement et avec douleur son viole, avec des larmes aux yeux.

Face aux coups durs « Lyna » nous disait : « *oulech hed iwfigh zathiw nagh iyit3awanen g les moments ig9arhen* » et elle se met à pleurer aussi en disant « *louken ila hed didhi louken ouyitrara akkayi, yemma oulechit, ayethma kifkif daghen* »

En arrivant à la question du passage à l'acte « Lyna » a du mal à parler en disant « *bghigh adhemthgh dayen koulech imouth zyi iwiyi koulech, nekki 3oufagh imaiw ouzmirghara adhkemlagh akka, yemma tetberra zyi, ayethma oudennen kra bghen athenghen netta outhoufanara nekki nanekh dayen temouthat ghornagh, ounebghara anesstata meden fellanagh* ».

A la fin elle dit : « dans tous les cas je ne peux pas vivre avec toute cette souffrance, *adhenghagh, adhenghagh imaniw bech athannin zyi ilkel* »

L'entretien avec le frère de « Lyna » s'est déroulé dans de bonnes conditions, il était dégoûté, triste et ne sait pas quoi faire pour faire face à cette situation répondait à nos questions tout doucement vue la sensibilité du sujet.

On a demandé au frère de « Lyna » en premier temps de nous parler un peu de leurs relations à la maison ; il nous a dit « moi je travaille, *ouhnezarghara ilkel, yemma toufgha ken oustouki3 lma3na g hed surtout gmi yemouth baba terna akther, amdinigh la vérité même nekni netteka g wanechthayi ilkel mais lahghaleb nettath teghlat nekni neghlat machi d kra igssahlen. Déjà même nettath machi dhed ighadren akkayi bezzaf wahi dmeddenn*. Il nous a rapporté que ces dernier temps elle ne partait même pas à l'université ni au travail, elle restait toute la journée à la maison seul dans sa chambre et elle ne parlait à personne, puis après son

état s'est aggravé elle est devenue trop triste et toujours anxieuse, et elle pleurait toujours, ce qui les a poussé à la prendre vers un psychiatre pour consultation qui lui a prescrit un traitement mais finalement elle ne le prenait pas régulièrement nous disait son frère. « nekni dikhedamen, yemma oustouki3ara lma3na, issetma teffaghent, donc wakila outhellara thtess dwa yness rnou mi ghtahdher f lhadja nni (ouzmirghara meme pas atidbedhragh) yemma tennayass our telit dyeli ou nekki d imama roh atenhghat imanin, nekki wahi d gma nedmed ajenwi ghorass mais thetfaghed ouletma nittan, nekel arghouras oumba3d bech ane3lem d menhou, et nroh même athidenhouf bech athennenagh nek de gma mais yerwel ». Donc y' avait personne qui parlait avec elle à la maison, avec tout ce qu'elle a vécu je pense que c'est normal qu'elle pense à la mort, nous disait son frère.

Au moment de son passage à l'acte, il était lui et sa maman à la maison, ils l'ont pris directement à l'hôpital, et ils l'ont laissé seul, et c'est la direction de l'hôpital qui les a contactés pour récupérer leur fille et l'orienter vers le service de psychiatrie de Frantz Fanon. Et lorsqu'elle a été hospitalisée aussi au niveau de Frantz Fanon personne ne lui rend visite à part ses deux sœurs de temps en temps.

Le frère de « Lyna » nous a rapporté que *leur oncle s'est donné la mort par pendaison. et même deux autres cousins de loin ont fait deux tentatives de suicide.*

D'après l'entretien avec le frère de « Lyna » nous avons constaté que la famille de « Lyna » est une famille qui n'est pas liée, et conflictuelle. Personne ne s'intéresse à l'autre. *Sa maman ne s'est jamais présentée au service même elle a refusé de faire un entretien avec nous. , en nous disant : « je n'ai pas une fille qui s'appelle Lyna, ous3ighara taqchicht ismis Lyna.*

Selon son psychiatre traitant la famille de « lyna » est démissionnaire dans son rôle d'accompagnement, personne ne se présente pour se renseigner sur son état.

Les infirmières nous ont rapporté que « lyna » est trop timide, toujours triste, anxieuse et ne parlait à personne. Et même elle refusait de prendre son traitement et elle a essayé de se suicider au sein du service par une serviette, sa famille ne se présente pas aux visites organisées sauf des fois ; une fois par semaine, ses deux sœurs lui rendent visite pour lui ramener de nouveaux vêtements. Sa maman ne s'est jamais présentée au service

4.3. Synthèse de la famille de « Lyna »

Après l'analyse des résultats de l'entretien effectué avec Lyna, son frère et les professionnels de santé, nous avons constaté que la famille de Lyna est complètement démissionnaire et ne fait aucun effort pour aider ou accompagner Lyna à dépasser sa souffrance.

5. Discussion générale des hypothèses

5.1. Discussion de l'hypothèse principale

A la lumière de ce qui est prédit, et d'après l'analyse des entretiens nous arrivons à la discussion de notre hypothèse principale qui vient répondre à notre question de départ de notre problématique, **Comment la famille réagit à la tentative de suicide de l'un de ses proches, et quelles sont les attitudes qu'elle adopte pour en faire face ?** Notre hypothèse qui porte l'intitulé « **les familles de ces sujets (malades mentaux suicidants) sont portantes et inquiètes sur leur proche** » est confirmée pour les trois familles des trois sujets « Ramy, Yacine, Mohand », ces trois familles ont montré leur soutien, leur présence et leur bon accompagnement pour leur proche à l'exception de la famille de mademoiselle Lyna qui est démissionnaire dans son accompagnement, c'est une famille hostile.

5.2. Discussion de l'hypothèse opérationnelle

En ce qui concerne l'hypothèse opérationnelle selon laquelle ; « Les familles manifesteront leur soutien par leur présence et cela en se présentant ponctuellement aux visites organisées par le service et en se renseignant auprès des professionnels (psychiatres et infirmiers) sur l'état de leur proche ou en appelant au téléphone, (en contactant l'institution par téléphone). » nous l'avons confirmé pour le premier sujet, il s'agit de monsieur « Ramy », avant de faire l'entretien avec son frère nous l'avons vu plusieurs fois en dehors des moments de la visite pour apporter des vêtements propres pour son frère, et se renseigner sur l'état de son frère auprès des médecins, il était triste et il attendait la fin de la visite médicale pour parler à son médecin. nous avons eu l'occasion de parler avec son deuxième frère au téléphone, ce dernier a contacté le service pour se renseigner comme ses habitudes sur l'état de son frère, il nous a exprimé son souci et son inquiétude pour son frère, il disait qu'il veut bien le voir mais qu'il ne peut pas se déplacer chaque jours à Bejaia pour le voir, mais il sera toujours présent pendant le week-end pour rendre visite à son frère et il rajouta aussi que si y'aurait quoi que se soit de ne pas hésiter à le contacter, et il se déplacera tout de suite si ce n'est pas lui ça serait son autre frère. D'après l'entretien qu'on a effectué avec le frère de

« Ramy » nous avons constaté que toute la petite famille de « Ramy » est portante, trop inquiète et essaye de faire tout son possible pour l'aider.

Selon Badra Moutassem-Mimouni : « les familles portantes sont des familles inquiètes pour leur proche, prêtes à tout pour l'aider et qui arrivent à se remettre en question. Si elles se mettent en colère, c'est pour mieux exprimer leur affection et leur inquiétude. Ces familles sont donc capables de compréhension et d'empathie, cet acte leur fait prendre conscience des conflits apparents ou latents qu'ils ont soit minimisés, soit ignorés » (Mimouni, 2010, p. 145) ce qui est le cas de la famille de Ramy.

La famille de monsieur « Yacine » est portante aussi vue que bien avant son passage à l'acte c'est-à-dire avec le début de sa maladie psychiatrique c'était bien sa maman qui s'en occupe de son traitement, ses frères et sœurs sont toujours à ses côtés, et pendant toute son hospitalisation toute la petite famille lui rend fréquemment la visite, et même son frère se renseigne toujours sur son état soit au téléphone soit en se présentant au service en dehors de la visite de 13h. Sa famille est protectrice et bien unie. Selon Badra Moutassem-Mimouni : ces famille portantes s'interrogent et interrogent les praticiens autour d'eux pour « comprendre » et ce pour mieux aider leur enfant. Ils gardent la porte ouverte aux changements en eux-mêmes, acceptent de se remettre en question et contrôlent leur sentiment de culpabilité. (Mimouni, 2010, p 145)

Passant maintenant à la troisième famille qui est la famille de monsieur « Mohand » nous avons constaté que son grand fils est prêt à faire tout ce que son père lui demandait avant son passage à l'acte juste pour qu'il dépasse sa souffrance, au début sa famille n'était pas consciente de la maladie de monsieur « Mohand » donc sa femme et ses enfants ont pris un recul et une certaine distance de lui, mais après son passage à l'acte, ils ont été bouleversés par cette nouvelle, et ils se sont culpabilisés ce qu'il les a emmenés à se soucier et de prendre les choses au sérieux, mais ils se sont montrés présents pour leur proche. Cette famille réagit par la culpabilité et l'angoisse.

Selon M, Charazac-Brunel : « une famille qui réagit par la culpabilité est une famille dans le processus secondaire. La culpabilité est exprimée dans la recherche de ce qu'ils ont « bien pu faire qui a provoqué le geste, de ce qu'ils n'ont pas fait, mal fait, trop fait... ». La culpabilité donne lieu parfois à des comportements aberrants dans des surenchères d'attention,

de cadeaux, des suppressions de limites qui n'améliorent pas la situation car ces tentatives maladroites de réparation tombent à côté des besoins du suicidants. » (Brunel, 2002, p. 225)

La dernière famille qui est celle de « Lyna » est démissionnaire vu que pendant son hospitalisation, personne ne se renseigne sur son état sauf que ses deux sœurs se présentent de temps en temps pour lui ramener de nouveaux vêtements, c'est une famille hostile, méprisante ou indifférente.

Selon Badra Moutassem-Mimouni ; « ce type de famille montre parfois la gravité des dysfonctionnements familiaux et la rigidité de leurs comportements et attitudes et les troubles de la parentalité voire des dysparentalités. Des sentiments très négatifs peuvent apparaître tels que la haine et l'animosité qui s'expriment soit par les cris et reproches, soit par le mépris : « tu nous déshonores, tu n'es plus des nôtres, etc. ou bien par des propos encore plus dangereux : « tu n'es même pas capable de te tuer », « tu rates ta mort comme tu rates ta vie, tu n'es bon à rien, etc. ». Alors que ces personnes ont besoin d'être consolées, maternées, elles se trouvent au contraire insultées, rejetées, accusées et parfois reniées. (Mimouni, 2010, p. 146)

Mais selon l'entretien que nous avons fait avec son frère, nous avons constaté que son frère veut aider sa sœur mais il ne peut pas le faire, il a justifié ça par le fait que la société ne changera jamais de regard vis-à-vis une femme violée, pour lui elle déshonore la famille.

Le frère de Lyna est dans une idéologie. Selon M, Charazac-Brunel : « les familles dans l'idéologie se sont révélées dans un registre en marge de la loi ou dans un esprit intégriste destructeur, d'une religion « je préfère que mon fils se suicide plutôt qu'il déshonore la famille ». (Brunel, 2002, p. 224)

A la fin nous devons signaler que nous avons mené des entretiens avec les sujets, leurs familles, et les professionnels de santé, en faisant référence aussi aux dossiers médicaux de ces sujets, aux psychiatres traitant, et à l'observation durant la visite que se soit celle entretenue par les psychiatres traitants et le personnel médical avec les sujets (malades) soit celle des sujets avec leurs familles (13h jusqu'à 14h30).

Nous avons constaté que la plupart des familles n'ont pas vraiment d'informations et de connaissances sur le moment du passage à l'acte, comme aussi nous devons signaler que ces familles eux-mêmes ont besoin d'un soutien psychologique car être face à la tentative de

suicide de son fils/fille, Frère ou sœur n'est pas une chose si facile mais bien au contraire trop pénible et lourde pour toute la famille.

Conclusion générale

Conclusion générale

Dans notre travail de recherche qui porte sur les modalités d'accompagnement adoptées par les familles des malades mentaux suicidants et avant d'entamer la partie pratique, nous avons parlé sur « la maladie mentale, « le suicide » et « la famille », mais après notre investigation pratique à propos des quatre cas cliniques, nous avons constaté une remarque importante, qui n'est pas évoqué dans la partie théorique ; cette remarque est « une personne souffrante d'une maladie mentale est très difficile à prendre en charge par la famille, ce qui crée une certaine distance entre ces sujet et leurs familles, mais c'est après le passage à l'acte que la famille se réveille et tire la sonnette d'alarme ». Cette remarque nous l'avons constaté pendant notre période de stage pratique.

Dans cette étude portant sur les modalités d'accompagnement adoptées par les familles des malades mentaux suicidants, nous nous sommes intéressés aux différentes réactions des familles suite à la tentative de suicide de leurs proches, et les attitudes adoptées par ces dernières pour accompagner leurs proches. Les réactions des familles sont souvent très ambivalentes et pas toujours tranchées. Peur, colère, désespoir, culpabilité, honte, haine, etc. constituent une palette d'émotions par lesquelles vont diversement passer les parents et toute la famille. Quant aux attitudes adoptées par les familles sont différentes, y'a des familles qui rejettent cet acte, d'autres qui sont dans le déni du geste ou de la gravité de l'acte, d'autres se culpabilisent mais la plus part sont portantes et prêtes à faire tout pour les aider. La plupart des familles ont tendance à rendre visite à leurs proches pendant son hospitalisation. Et aussi pour des détails administratifs ou pour décrire les éventuelles circonstances de survenue de la tentative de suicide.

Pour la réalisation de notre recherche nous avons constitué un groupe qui se compose de quatre cas adultes âgés entre 24 à 54ans qui sont hospitalisés au service de psychiatrie relevant du CHU Frantz Fanon. Notre étude a été effectuée à partir des entretiens avec les sujets et leurs proches, nous nous sommes basés aussi sur les dossiers médicaux des sujets offrant un aspect détaillé des sujets, ce qui nous a aidés à établir notre recherche, et notre analyse.

A ce propos, et au terme de cette pratique ainsi en s'appuyant sur les résultats obtenus, et en faisant référence à la théorie, on a pu confirmer notre hypothèse principale, que la famille de ces malades mentaux suicidants est portante et trop inquiète pour leur proche comme le montre les trois cas de « Ramy, Yacine et Mohand », ce sont des familles qui arrivent à se remettre en question Ils s'interrogent et interrogent les praticiens autour d'eux pour

« comprendre » et ce pour mieux aider leur proche. Ils gardent la porte ouverte aux changements en eux-mêmes, acceptent de se remettre en question et contrôlent leur sentiment de culpabilité.

Mais y'a aussi certaines familles qui sont démissionnaires dans l'accompagnement de leurs proches comme le montre l'analyse du cas de mademoiselle Lyna. Ce sont des familles hostiles et méprisantes, et réagissent par des sentiments très négatifs tels que la haine et l'animosité qui s'expriment soit par les cris et reproches, soit par le mépris : « tu nous déshonores, tu n'es plus des nôtres, etc. ». Alors que ces personnes ont besoin d'être consolées, maternées, elles se trouvent au contraire insultées, rejetées, accusées et parfois reniées.

Après avoir analysé les résultats de notre pratique nous avons pu répondre à notre question de départ, et de confirmer notre hypothèse. Pour conclure, nous insistons à la fin de ce modeste travail sur :

- l'importance de la prise en charge des suicidants, soit chez l'enfant, l'adolescent, l'adulte ou les personnes âgées, par la création des centres et des associations qui prendront en charge uniquement ces sujets.
- Aussi et pourquoi ne pas créer des centres d'accompagnement pour la famille de ces sujets suicidaires et suicidants pour accompagner la famille et apporter une aide, un soutien, des nouvelles stratégies pour en faire face à cet acte violent qui vient bouleverser et déstabiliser toute la famille ?
- La prévention et la sensibilisation des gens sur ce phénomène (suicide et tentative de suicide).
- Ne pas marginaliser les suicidants.

Enfin l'importance et la complexité de ce phénomène fait appel à d'autres thèmes de recherche tel que :

- La famille après le suicide de son proche.
- Le suicide au sein de l'hôpital psychiatrique.

Références bibliographiques

Références bibliographiques :

1. Albarello, L. (2011). *Choisir l'étude de cas comme méthode de recherche* (1^{er} édition). Paris : de Boeck.
2. Albernhe, K, Albernhe, T. (2014). *Les thérapies familiales systémiques* (4^{ème} édition). Belgique : Elsevier Masson.
3. American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (5^{ème} édition). France : Elsevier Masson.
4. Benony, H, Chahraoui, K. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
5. Bernard, P, Brisset, Ch. (1989). *Psychiatrie de l'enfant, l'adolescent et de l'adulte*. Paris : Masson.
6. Boutefnouchet, M. (1980). *La famille algérienne : évolution et caractéristiques récente* (2^{ème} édition). Alger.
7. Boughazi, N. (2014/2015). *Tentatives de suicide*. Tlemcen/Algérie.
8. Brunel, M-Ch. (2002). *Prévenir le suicide*. Paris : Dunod.
9. Chahraoui, K, Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
10. Courtet, P, Olié, E. Académie national de médecine. (2014). *Les antidépresseurs préviennent le suicide... en attendant mieux*. Paris : presse universitaire de France. Retrieved from www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/.pdf
11. Cummings, J, Lalancette, J. (2015). *Le risque suicidaire chez les personnes atteintes de troubles psychotiques, bipolaires ou de la personnalité*. Québec : Institut universitaire en santé mental de Québec. Retrieved from <http://crehpsy-documentation.fr>
12. *Dictionnaire de sociologie*. (2005). Paris : Larousse.
13. Ey, H, Bernard, P & Brisset, Ch. (1981). *Manuel de psychiatrie* (6^{ème} édition). Paris : Masson.
14. Fernandez, L, Pardinielli, L. (2001). *La recherche en psychologie clinique*. Paris : association de recherche en soins infirmiers. Retrieved from <https://www.cairn.info>.
15. Fernandez, L. (2002). *L'approche systémique*. Paris : presse universitaire de France.
16. Gérard, S. (2005). *L'approche thérapeutique de la famille* (4^{ème} édition). Paris : Elsevier Masson.
17. Guelfi, J.D, Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie* (2^{ème} édition). Paris : Elsevier Masson.

18. Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (expertise collective). (2008). *psychothérapies, trois approches évaluées*. P 1-566. Retrieved from <https://hal-lara.archives-ouvertes.fr/hal-01570642/document.pdf>
19. Joubert, C. (2004) *psychanalyse du lien familial*. Paris: In Press. P5-6. Retrieved from https://www.cairn.info/en-savoir-plus.php?ID_REVUE=DIFA.
20. Kacha, F. (2002). *Epreuves pratique en psychiatrie*. Alger : l'harmattan.
21. Kapsambelis, V. (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte* (1^{ère} édition). Paris : Presse universitaire de France.
22. Legavre, J.B. (1996). *La neutralité dans l'entretien de recherche*. Revue des sciences sociales du politique. Paris : Persée. Retrieved from <https://www.persee.fr/doc>.
23. Lemperiere, H & Feline, A. (1999). *Psychiatrie de l'adulte*. Université de Montréal.
24. Lepastier, S. (2013). *La classification des troubles psychiques en psychanalyse*. Centre National de la recherche scientifique, p102-103. Retrieved from <https://www.cairn.info/revue-hermes-la-revue-2013-2-page-102.htm>.
25. *Le petit Larousse de la psychologie*. (2013). Paris : Larousse.
26. *Le petit Robert*. (2002). Paris : le robert.
27. Maisondieu, Metayer, J & Léon. (2001). *Les thérapies familiales*. Paris : Presse universitaire de France.
28. Marmoz, L. (2001). *L'entretien de recherche dans les sciences sociales et humaines*. Paris: L'Harmattan.
29. Moeti, M. (2016). *Stratégie de coopération de l'OMS avec l'Algérie OMS/Afro*. P 8-10. Retrived from <http://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-06/algérie.pdf>
30. Moutassem-Mimouni, B. (2010). *Tentatives de suicide et suicide des jeunes à Oran ; désespoir ou affirmation de soi*. Alger : centre de recherche en anthropologie sociale et culturelle.
31. Organisation mondial de la santé. (1994). *Classification international des maladies-10/ICD-10/ classification internationale des troubles mentaux et des troubles du comportement*. Paris : Who/Masson.
32. Pelletier, S. (2003). *Le dossier médical*. Paris : association jeunesse et droit. Retrieved from <https://www.cairn.info/en-savoir-plus>. REVUE=JDJ.
33. Pirlot, G, Cupa, D. (2012). *Approche psychanalytique des troubles psychiques*. Paris : Armand Colin.
34. Senon, J.L, Lafay, N, Papet, N et Manzanera, C. (2010). *Grands courants de la pensée psychiatrique*. Retrieved from <http://senon.pagesperso-orange.fr.pdf>

35. Sillamy, N. (1999). *Dictionnaire de psychologie*. Québec, Montréal : Larousse-HER.
36. Thomas & al, Collège national des universitaires en psychiatries, association pour l'enseignement de la sémiologie psychiatrique. (2016). *Référentiel de psychiatrie, psychiatrie de l'adulte, de l'enfant et de l'adolescent, addictologie* (2^{ème} édition). Paris : presse universitaire François Rabelais.
37. Vandevoorde, J. (2013). *Psychopathologie du suicide*. Paris : Dunod.
38. Vilatte, J-C. (2008). *L'entretien comme outil d'évaluation*. Paris. Retrieved from <https://www.lmac-mp.fr/pdf>
39. Weiss, D & Journal français de psychiatrie. (2010). *La famille et ses évolutions contemporaines*. Eres. P 5-8. Retrieved from <https://www.cairn.info/en-savoir-plus> REVUE=JFP.
40. OMS, 2018, <http://www.who.int/fr>, consulté le 22/mars/2018.

Annexe

« Guide d'entretien »

Axe I : Le sujet.

- 1) Vous êtes combien à la maison ? Et, est ce que vous vivez avec la grande famille ?
- 2) parlez-moi un peu de vos relations à la maison ?
- 3) Est-ce que vous avez des conflits familiaux ou sociaux ? si oui, avec qui ? et pourquoi cette personne ?
- 4) Est-ce que vous préférez de rester dehors ou à la maison ?
- 5) Dans les coups durs qui a été toujours présent pour vous aider?

Axe II : La famille.

- 6) pouvez vous me parlez un peu de votre fils/fille/frère/sœur, (tout dépend du membre de la famille interrogé) ?
- 7) Pouvez vous me parlez de vos relations à la maison ?
- 8) Comment il a su sa maladie ? c'est à die qui lui a annoncé sa maladie ? Et sa remonte à quand ?
- 9) Comment il effectuait ses taches quotidiennes avant et après sa maladie ?
- 10) Comment vit-il/elle sa maladie ?
- 11) Quel sont les changements que vous avez remarqué en lui/elle ?
- 12) Avez-vous d'antécédents suicidaires dans votre famille ?
- 13) Qu'est ce que vous avez senti après cet acte ?
- 14) Comment était la réaction de toute la famille après cet acte ?
- 15) Est-ce que vous vous présentez à l'hôpital aux visites ? Combien de fois ?
- 16) Comment se déroule le moment de la visite ?

Axe III : Les professionnels de santé.

- **Psychiatre traitant :**

- 17) Que pensez vous du rôle de la famille de Mr/Mme... dans son accompagnement thérapeutique ?

- **Infirmiers :**

18) Est-ce que la famille se questionne sur l'état de leur fils/fille ?

19) Est-ce que la famille se présente souvent aux visites ?

20) Comment se déroule la visite entre le sujet et sa famille ?

Résumé

Mon étude sur « les modalités d'accompagnement adoptées par les familles des malades mentaux suicidants » a été effectuée au niveau du CHU Frantz Fanon de Bejaia service de psychiatrie, sur un groupe de quatre cas ayant effectué une tentative de suicide grave, j'ai pu interroger certains membres de la famille de ces sujets, ce qui m'a permis de voir et comprendre les différentes réactions de la famille face à cet acte si pénible et violent.

Cette étude a été faite en s'appuyant sur la méthode clinique de recherche incluant comme outil principale l'entretien de recherche semi-directif et bien avant d'entamer les entretiens j'ai assisté aux entretiens faits par les psychiatres du service aux sujets hospitalisés, donc j'ai fais un mois d'observation avant d'entamer les entretiens.

Les résultats de cette recherche confirment que la plupart des familles sont portantes et sont très inquiètes pour leur proche, ces familles réagissent par de différentes réactions à savoir le choc, la peur, le déni, la culpabilité... etc. La plupart des familles sont à la recherche de solutions pour pouvoir aider leur proche à dépasser sa souffrance.