



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

**Faculté des Sciences Humaines et Sociales Département de psychologie et
d'orthophonie**

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention d'un diplôme de master

Option : Psychologie Clinique

Thème :

**L'impact du soutien familial et social chez le sujet
schizophrène**

Étude clinique de trois (03) cas

Réalisé par :

Mme BRAHIMI Syria

Mme SAADI Sihem

Devant le jury composé de :

Mr LABOUDI Fatih Maître de conférences Président du jury

Mme BENAMSSILI Lamia Maître de conférences Examinatrice

Mr FERGANI Louhab Maître de conférences Encadrant

Promotion 2022/2023

Remerciements

Nous tenons, à remercier notre promoteur, Mr. FERGANI Louhab, qui nous a encadrées tout au long de la réalisation de ce travail, pour ses conseils avisés et ses orientations.

Sa passion pour le domaine nous a inspirées et sa patience nous a permis de progresser dans notre réflexion et dans la rédaction de ce mémoire

Nous adressons également nos sincères remerciements aux membres du jury, pour leurs présences et leur investissement dans l'évaluation de notre travail et pour leurs commentaires constructifs qui ont contribué à améliorer la qualité de ce mémoire.

Merci !

Dédicaces

C'est avec profonde gratitude et sincères mots, que je dédie ce modeste travail de fin d'étude qui représente le fruit de mes cinq années d'études à mes chers parents qui m'ont toujours soutenue avec tous les moyens et efforts à fin d'atteindre mes objectifs.

A ma mère par son amour et ses prières qui ne cesse de me donner la volonté de réussir.

A mon père par ses encouragements et sa confiance en moi

A mes très chers frères Yacine et Aksel qui m'ont éclairée les bons chemins par leurs conseils judicieux, et qui m'ont chaleureusement accompagnée durant tout mon parcours.

A mes chères belles sœurs Karima et Abla qui ont partagé avec moi tous les moments d'émotions dans ma vie.

Je remercie ma chère binôme Syria qui a été compréhensive et aimable.

Je dédie également ce travail à tous ceux qui m'ont encouragée et que j'aime.

Sihem

Je tiens à dédier ce mémoire à mes parents, mes deux sœurs Milda et Manissa ainsi que mon petit frère Syphax qui m'ont soutenue tout le long de mon parcours académique.

Je tiens à remercier du plus profond de mon cœur mes amis, en particulier Lydia et Lina qui m'ont encouragée et aidée le long de ce travail. Les moments de détente que nous avons partagés ont été une bouffée d'oxygène essentielle pour maintenir mon équilibre, vous avez été mes compagnons de route tout au long de cette aventure.

Je tiens tout particulièrement à remercier Anis qui a été une source inépuisable de soutien, d'encouragement et d'amour tout le long, ton dévouement, tes sacrifices, ton soutien inconditionnel ainsi que ta confiance en moi m'ont donnée la force nécessaire pour aller de l'avant dans les moments difficiles. Merci d'avoir été là pour moi, de m'avoir soutenue et d'avoir cru en moi

Un énorme merci à ma binôme Sihem qui a été là tout le long de ce parcours et à sa patience irréprochable, une pensée profonde à tous nos moments partagés et à ce lien d'amitié que nous avons créé.

Cette dédicace est un humble témoignage de ma gratitude envers vous tous.

Syria

Table des matières

Table des matières

Introduction générale :	1
Partie théorique	3
Chapitre I	4
La schizophrénie	4
Préambule	5
1. L’histoire de la schizophrénie	5
2. Les définitions de la schizophrénie	7
3. La sémiologie de la schizophrénie	8
4. Les théories explicatives de la schizophrénie	14
5. L’épidémiologie de la schizophrénie	17
6. Les formes cliniques de la schizophrénie	18
7. Les phases de la schizophrénie	20
8. Développement et évolution de la schizophrénie	21
9. Prévalence de la schizophrénie	23
10. Impact sur la qualité de vie	24
11. Le diagnostic différentiel de la schizophrénie	24
12. Le diagnostic positif de la schizophrénie.....	25
13. La prise en charge de la schizophrénie	26
Conclusion	29
Chapitre II	30
La famille	30
Préambule	31
1. Définition de la famille	32
2. Définition du soutien familiale et social	33
3. Les types de familles	33
4. Caractéristiques de la famille algérienne	34
5. La famille face à la maladie mentale.....	35
6. Historique des hypothèses étiologiques familiales	36
7. L’aide familiale en psychiatrie.....	37
8. Le travail avec la famille.....	39
9. L’impact de la schizophrénie sur la famille	41

10. L'impact de soutien familiale sur la schizophrénie	42
Conclusion	43
Problématique et hypothèses	45
Partie pratique	48
Chapitre III	49
Méthodologie de recherche	49
Préambule :.....	50
1. La méthode de recherche	50
2. Le groupe de recherche	51
4.Les outils de recherches	52
Chapitre IV	59
Présentation et analyse des cas	59
Discussion générale des hypothèses :.....	70
Conclusion générale	73
Liste bibliographique	76
Annexes	81

Introduction générale :

Chez les êtres humains, comme la santé physique, la santé mentale a un grand impact dans notre vie quotidienne. Elle est une ressource indispensable pour mener une vie saine et un élément essentiel de l'état de santé générale. Une bonne santé mentale permet à l'Homme de se sentir, de penser et d'agir de façon à apprécier la vie et à faire face à ses défis. Cependant, cette santé peut être altérée par quelques dysfonctionnements plus connus sous le nom de « troubles mentaux ». Parmi ces troubles on retrouve la schizophrénie sur laquelle est portée toute l'attention de notre travail.

La schizophrénie est un trouble psychotique, il s'agit du trouble mental le plus répandu dans le monde et le plus exploré en psychiatrie. C'est une pathologie chronique et complexe qui se traduit schématiquement par une perception perturbée de la réalité, des manifestations productives, comme des idées délirantes ou des hallucinations, des manifestations passives et un isolement social et relationnel. Ce trouble a de lourdes répercussions et affecte chaque aspect du fonctionnement quotidien de la personne qui en souffre ainsi que celui de son entourage. La schizophrénie met en cause des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux.

C'est un trouble grave et généralement chronique, en pratique il peut être très différent d'un patient à un autre, selon la nature et la sévérité des différents symptômes qu'il présente.

Concernant le sujet de la famille, elle est une structure intermédiaire entre l'individu et la société, l'individu naît donc à l'intérieur d'un réseau de liens et appartient à celui-ci.

En effet, la famille reste une unité sociale unique et forte qui peut impacter le sujet de manière positive et parfois même négative.

Néanmoins, après qu'elle soit soupçonnée d'être elle-même la racine du trouble, très vite elle est devenue l'allié du sujet atteint qui contribue au bien-être de son membre.

Nous avons donc essayé de combiner les deux notions « la schizophrénie » et « la famille » de façon à observer et déceler l'impact qu'a leur soutien auprès d'un de leurs membres atteint de schizophrénie.

Dans le cadre de notre étude de fin de cycle en psychologie clinique, nous avons eu la possibilité d'effectuer un stage pratique au service de psychiatrie pour adultes d'Oued-Ghir, Bejaïa. L'établissement est doté d'un service de soins et d'urgences spécialisé qui accueille de nombreux malades dont la problématique générale inclut les maladies mentales. La plupart des patients rencontrés au niveau du lieu de recherche présentent une variété de troubles dont la forme la plus alarmante se trouve être la schizophrénie.

Malheureusement nous avons rencontré quelques difficultés concernant notre thématique, ce qui explique le peu de cas étudiés. Bien que le stage ait été fait au niveau du service psychiatrique, les cas en consultation restent peu nombreux. En ce qui concerne les cas hospitalisés, leurs états n'étaient pas suffisamment stables donc inaptes

à répondre au questionnaire et à l'échelle ni à nous fournir les informations nécessaires. Cependant, malgré ces entraves, nous avons travaillé de sorte à ce que tous les aspects de la schizophrénie et ceux de la famille soient étudiés en bonne et due forme.

Les raisons qui nous ont motivé à travailler sur cette thématique sont diverses. En effet, bien que la schizophrénie soit le trouble le plus répandu mondialement, il en reste pas moins le trouble le plus mal compris, stigmatisé, méprisé car l'individu atteint est souvent réduit à « être fou ». Par ailleurs, c'est une pathologie qui reste encore « tabou » dans notre société. Pour ce qui est de la famille, elle reste souvent mitigée entre culpabilité et honte d'un de ses membres atteint alors que son soutien s'avère être indispensable au rétablissement et la stabilisation du membre souffrant.

Le but de ce mémoire est de lever le tabou sur cette pathologie et de démontrer que la famille est l'alliée du sujet lorsque celle-ci fait preuve de soutien et met en place un environnement favorable pour le sujet.

Ainsi, ce mémoire qui se concentre sur « l'impact du soutien familial et social chez le sujet atteint de schizophrénie » est arrangé en deux parties principales : la partie théorique et la partie pratique. La première partie théorique contient deux chapitres dont le premier chapitre porte sur la schizophrénie où l'on retrouve : l'histoire de la schizophrénie, ses différentes définitions, la sémiologie, ses critères diagnostiques, les différentes théories explicatives, ses origines, ses formes, ses phases, son développement et évolution, son épidémiologie et prévalence, le diagnostic différentiel ainsi que sa prise en charge. Le second chapitre lui se concentre sur la famille : ses définitions, la définition du soutien familial, les types de familles, les caractéristiques de la famille algérienne, la famille face à la maladie mentale, l'historique des hypothèses étiologiques familiales, l'aide familial, le travail avec la famille ainsi que l'impact de la schizophrénie sur la famille et inversement l'impact du soutien familial sur la schizophrénie.

La deuxième partie quant à elle, est divisée en deux chapitres. Le premier se focalise sur la pratique où l'on présente la méthodologie utilisée lors de notre recherche qui est la méthode clinique qualitative, ainsi que les outils de recherche qui sont : l'entretien clinique de recherche ainsi que le questionnaire sur le soutien social (SSQ6). Le deuxième chapitre quant à lui est consacré à l'analyse des résultats et à la discussion des hypothèses pour ainsi finir avec une conclusion.

Partie théorique

Chapitre I

La schizophrénie

Préambule

La schizophrénie est un trouble mental complexe qui affecte la façon dont une personne pense, ressent et se comporte. Elle est caractérisée par une altération de la perception de la réalité, des difficultés dans les processus de pensée, des émotions perturbées et des altérations du fonctionnement social. La schizophrénie peut avoir un impact significatif sur la vie quotidienne d'une personne, ainsi que sur ses relations familiales, sociales et professionnelles.

Dans ce chapitre, nous explorerons les différents aspects de la schizophrénie, en mettant l'accent sur les symptômes, les causes possibles, les facteurs de risque et les approches de traitement. Nous examinerons également les implications de la schizophrénie sur la qualité de vie des individus et de leurs proches, ainsi que les défis auxquels ils sont confrontés au quotidien.

Nous allons tout d'abord nous intéresser à l'émergence de la schizophrénie avec un aperçu historique, ensuite nous nous intéresserons aux différentes définitions de ce trouble puis nous entamerons une revue des critères diagnostiques selon le DSM-5. Ensuite, nous passerons en revue les théories explicatives de la schizophrénie, nous aborderons également l'épidémiologie de la schizophrénie, en examinant sa prévalence. Enfin, nous explorerons les approches de traitement actuelles pour la schizophrénie. Ce chapitre vise à fournir une vue d'ensemble complète de la schizophrénie, en intégrant les connaissances scientifiques les plus récentes et les perspectives cliniques.

1. L'histoire de la schizophrénie

Il est vrai que le terme « schizophrénie » est relativement « nouveau » mais ne reste pas moins l'objet d'investigation de plusieurs chercheurs au cours des siècles.

Vers le 19^{ème} siècle, avant les années 1860, on ne distinguait que des notions de démence qui a trait à une aliénation mentale, Morel a d'ailleurs signalé « un groupe de démons frappés de stupidité dès leur jeune âge ». C'est trois ans après, en 1863, que Kahlbaum rapporte « un processus morbide survenant à la puberté et aboutissant, après une phase de dépression et d'excitation, à la démence ». Par la suite, Hacker l'appellera en 1871 hébéphrénie.

Entre 1887 et 1898, Kahlbaum va décrire une forme, dans laquelle les troubles psychomoteurs sont dominants, qu'il appellera : la catatonie, et qu'il isolera radicalement de l'hébéphrénie.

En 1899, Karplein distingue la dementia praecox « démence précoce » qu'il segmente en trois formes principales (paranoïde, catatonique et hébéphrénique).

Il a également parlé de démence affective et d'affaiblissement psychique plus tard. Sachant que la notion de démence précoce apparaît déjà chez « Morel » 1851-1852 tout particulièrement dans son traité des maladies mentale 1860. Son approche clinique qui situe l'aliénation mentale du côté des prédispositions héréditaires et des processus de dégénérescence qui s'accompagne d'une description particulière de la démence précoce, car il l'a caractérisé par un certain nombre de signes cliniques parmi lesquels il nomme le nihilisme représentant une sorte de négativité, de séparation entre valeurs et faits **(Baud, 2003)**.

Ce n'est qu'en 1911 que le psychiatre suisse Bleuler introduit le concept et le nom de Schizophrénie.

Dès lors, de nouveaux termes vont être évoqués afin de mettre l'accent sur le trouble fondamental de ce syndrome ; on retrouve la notion de « coupure dans le fonctionnement de l'esprit » et les termes : dissociation, scission, dislocation. En 1912, le psychiatre français Chasslin ajoute le terme « la folie discordante » qu'il considère comme synonyme de schizophrénie.

Des années plus tard, apparaît la psychopathologie avec sa notion psychose unique afin d'expliquer cette optique phénoménologique amenant à concevoir la schizophrénie comme une trouble progressif de l'organisation de la personnalité ainsi qu'un désordre affectif de dérèglement de l'humeur, et démontre le mouvement vers la restriction symptomatologique et le besoin d'établir des critères diagnostique, des protocoles d'évaluation, des classifications, du diagnostic différentiel et du traitement.

Et à ce jour, le terme « discordance » est d'actualité dans les domaines psychopathologiques **(Godfryd, 1994)**.

On doit donc reconnaître l'importance de tout ce parcours historique conceptuel de la schizophrénie, et son émergence qui ne cesse de l'enrichir et de poser de nouvelles interrogations qui restent ouvertes.

2. Les définitions de la schizophrénie

2.1 Etymologie du mot

Le terme schizophrénie revient au psychiatre suisse Eugen Bleuler qui, en 1911, attribue la dénomination définitive de "schizophrénie" qui vient du grec « schizo » "séparé" et « phrên » "esprit".

Le psychiatre allemand Emil Kraepelin fut le premier à établir, en 1896, une entité pathologique unique à partir de trois états jusque-là considérés comme distincts :

- L'hébéphrénie, marquée par un comportement désorganisé et incongru ;
- La catatonie, caractérisant une personne alternativement négativiste et immobile, agitée et incohérente ;
- La démence paranoïde, dominée par le délire de persécution et de grandeur.

Selon Kraepelin, le mot désigne une série de psychoses, présentant souvent un cours chronique et, parfois, caractérisées par des attaques intermittentes (**Llorca, 2004, p02**)

2.2 Définition psychologique

« La schizophrénie est une forme de délire chronique caractérisée par une désorganisation progressive de la vie psychique, et notamment de la personne qui perd ses liens avec son monde réel et une organisation d'un monde autistique qui a tendance à se fermer de plus en plus ». (**Vannelle, Voltera et Sauvaget, 2012 p29**).

En somme, c'est une maladie mentale dans laquelle le sujet perd le contact avec la réalité et n'est pas conscient de son trouble.

On apprend aussi que : « Le schizophrène vit dans un monde archaïque ; ses acquisitions et ses facultés intellectuelles ne sont pas détériorées de façon irréversible, mais sa pensée suit une logique qui lui est personnelle, égocentrique, magique. Retranché dans son univers morbide, il semble inerte et indifférent au monde qui l'entoure ; il vit dans la solitude de ses rêveries» (**Sillamy, 2003, pp.239-240**).

2.3 Définition par rapport aux symptômes

Les schizophrénies sont un groupe de psychoses qui ont en commun un ensemble de troubles dans lesquels dominent les idées délirantes, des et de l'étrangeté des sentiments, troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité (Gofryd, 1994).

3. La sémiologie de la schizophrénie

3.1. Les symptômes de la schizophrénie

La schizophrénie est un trouble mental complexe qui peut affecter les pensées, les émotions et le comportement d'une personne. Les symptômes de la schizophrénie peuvent varier en fonction du type et de la gravité du trouble.

Il est à noter que les symptômes de schizophrénie sont classés en 3 catégorie principale : les symptômes positifs, les symptômes hallucinations l'absence d'émotions ou encore, la discordance, l'incohérence idéo verbale, l'ambivalence, l'autisme, et de plus profondes perturbations affectives dans le sens du détachement négatifs et les symptômes cognitif.

3.1.1. Les symptômes positifs

A. Les idées délirantes : les idées délirantes sont des convictions profondes qui ne cadrent ni avec la réalité ni avec la culture à laquelle appartient la personne. Ces croyances sont si tenaces que la personne résiste à toutes les tentatives qui sont faites pour la raisonner ou lui prouver qu'elle se trompe. Les idées délirantes sont parfois interprétées comme des distorsions extrêmes ou des interprétations erronées des perceptions ou des expériences de la personne.

Le contenu de ces croyances peut comporter divers thèmes ex : thème de persécution, thème de référence, thème somatique, thème religieux, thème mégalomane.

- Les idées délirantes de persécution c'est-à-dire la croyance que l'on peut être agressé, harcelé, etc. par un individu, une organisation ou d'autres groupes par

exemple : la conviction d'être suivie ou épiée, ou la certitude qu'on lui veut du mal, sont les croyances les plus fréquentes.

- Les idées délirantes de référence c'est-à-dire la croyance que certains gestes, commentaires ou éléments de l'environnement, etc. sont destinés spécifiquement à la personne par exemple : la certitude qu'un article de journal, les paroles d'une chanson ou un personnage de la télévision communique des messages spéciaux à son intention sont aussi des éléments assez fréquents.
- Les idées délirantes mégalomaniaques c'est quand une personne croit à tort qu'elle a des capacités, une richesse ou une renommée exceptionnelle par exemple : se sentir supérieure, plus talentueuse, plus belle et plus importante que toutes les autres. La personne pense qu'elle possède la gloire et la puissance.
- Les idées délirantes érotomaniaques, c'est-à-dire quand une personne croit à tort qu'une autre personne l'aime, sont aussi rencontrées.
- Les idées délirantes à thème de nihilisme sont la conviction qu'une catastrophe majeure va survenir.
- Les idées délirantes à thème somatique sont centrées sur des préoccupations concernant la santé ou le fonctionnement des organes. **(Ernest et al., 2017).**

Les idées délirantes sont considérées comme bizarres si elles sont clairement invraisemblables et incompréhensibles pour des personnes d'une même culture et qu'elles ne proviennent pas d'expériences ordinaires de la vie. Un exemple d'idée délirante bizarre est la croyance qu'un étranger a enlevé les organes internes du sujet et les a remplacés par ceux de quelqu'un d'autre sans laisser de plaies ou de cicatrices. Un exemple d'idée délirante non bizarre est la conviction d'être sous surveillance policière en dépit d'une absence de preuves convaincantes. Les idées délirantes qui expriment une perte de contrôle sur l'esprit ou le corps sont généralement considérées comme bizarres ; elles incluent la croyance que les pensées du sujet ont été retirées par une force extérieure quelconque (vol de la pensée), que des pensées étrangères ont été placées dans son esprit (pensées imposées) ou que son corps ou ses actes sont manipulés par une force extérieure quelconque (syndrome d'influence). Il est parfois difficile de faire la distinction entre une idée délirante et une croyance fortement ancrée ; cette distinction

dépend en partie du degré de conviction avec lequel la croyance est soutenue en dépit de preuves contraires claires et rationnelles à propos de sa véracité.

B. Hallucinations : les hallucinations sont des troubles de la perception. Il existe des hallucinations auditives, visuelles, gustatives, olfactives et émotionnelles. Les hallucinations les plus courantes chez la personne aux prises avec la schizophrénie sont les hallucinations auditives : le fait d'entendre des bruits ou des voix qui, souvent, parlent d'elle ou lui parlent. Ces voix sont parfois perçues comme inoffensives ou même réconfortantes, Les hallucinations doivent survenir dans le contexte d'une conscience claire ; celles qui apparaissent pendant l'endormissement (hypnagogiques) ou au réveil (hypnopompiques) sont considérées comme faisant partie de la gamme des expériences normales. Des hallucinations peuvent faire partie d'une expérience religieuse normale dans certains contextes culturels. **(Ernest et al., 2017).**

C. Pensée (discours) désorganisée : la pensée désorganisée (trouble du cours de la pensée) est typiquement déduite du discours de l'individu. Ce dernier peut passer ainsi d'un sujet à l'autre (déraillement ou relâchement des associations). Passer d'une expression à une autre sans qu'il y ait de lien entre elles (saute du coq à l'âne). Les réponses peuvent être reliées de manière indirecte aux questions ou ne pas y être reliées du tout (pensée tangentielle). Plus rarement, le discours peut être si gravement désorganisé qu'il est pratiquement incompréhensible et ressemble à une aphasie réceptive par sa désorganisation linguistique (incohérence ou « salade de mots »). Du fait qu'il est courant et non spécifique de rencontrer un discours légèrement désorganisé, le symptôme doit être suffisamment important pour altérer de manière substantielle l'efficacité de la communication. La sévérité de cette altération peut être difficile à évaluer si la personne qui fait le diagnostic a un bagage linguistique différent de celui de la personne évaluée. Une pensée ou un discours moins sévèrement désorganisé peuvent se rencontrer au cours des périodes prodromiques et résiduelles de la schizophrénie.

D. Comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé (incluant la catatonie) : le comportement moteur anormal ou grossièrement désorganisé peut se manifester de diverses manières, allant de la niaiserie puérile à une agitation

imprévisible. Des problèmes peuvent être relevés dans toute forme de comportement dirigé vers un but, conduisant à des difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne.

Le comportement catatonique correspond à une réactivité à l'environnement très diminuée. Cela va de la résistance aux instructions (négativisme) au maintien d'une posture rigide, inappropriée ou bizarre et à l'absence totale de réponse verbale ou motrice (mutisme ou stupeur). Cela peut aussi inclure une activité motrice sans but et excessive sans cause évidente (agitation catatonique). D'autres caractéristiques sont constituées par des mouvements stéréotypés, la fixité du regard, les grimacements, le mutisme et l'écholalie. Bien que la catatonie ait été historiquement associée à la schizophrénie, les symptômes catatoniques ne sont pas spécifiques et peuvent survenir dans d'autres troubles (p. ex. troubles dépressifs ou bipolaires avec catatonie) et dans diverses affections médicales (trouble catatonique dû à une autre affection médicale) **(DSM-5, 2015)**

3.1.2 Les symptômes négatifs

Dans le DSM-5 **(DSM-5, 2015)** les symptômes négatifs comptent pour une grande part dans la morbidité associée à la schizophrénie mais ils sont moins prééminents dans les autres troubles psychotiques. Deux symptômes négatifs sont particulièrement dominants dans la schizophrénie : la diminution de l'expression émotionnelle et l'aboulie. La diminution de l'expression émotionnelle comprend la réduction de l'expression émotionnelle du visage, du contact visuel, de l'intonation du discours (prosodie) et des mouvements des mains, de la tête et du visage qui transmettent les accents émotionnels du discours. L'aboulie se manifeste par une diminution de la motivation pour des activités auto-initiées et dirigées vers un but. L'individu peut rester assis pendant de longues périodes de temps et montrer peu d'intérêt pour la participation aux activités professionnelles ou sociales. Les autres symptômes négatifs comprennent l'alogie, l'anhédonie et l'asociabilité. L'alogie se manifeste par une diminution de la production du discours. L'anhédonie est une diminution des capacités à éprouver du plaisir à partir de stimuli positifs ou à se rappeler de plaisirs antérieurement éprouvés. L'asociabilité fait référence au manque d'intérêt pour les interactions sociales et peut être associée à

l'aboulie mais peut aussi être une manifestation d'une diminution des opportunités d'interactions sociales. **(DSM-5,2015)**

3.1.3 Les symptômes cognitifs et autres Altération de la fonction cognitive

La schizophrénie affecte le siège de la pensée ou la fonction cognitive. Les changements qu'elle entraîne peuvent être mineurs ou marqués et affecter la capacité de la personne à :

- Être attentive, se concentrer et faire appel à sa mémoire ;
- Interpréter ce qui se passe autour d'elle ;
- Raisonner et faire preuve de jugement ;
- Comprendre et traiter l'information ;
- S'exprimer par le langage ;
- Déciffrer les messages non verbaux et comprendre les interactions sociales ;
- Planifier et organiser les tâches.

Par conséquent, l'effet de la schizophrénie sur les pensées, constitue une entrave à la capacité à travailler ou à étudier, à accomplir les activités de la vie quotidienne et à se comporter de façon appropriée en société. **(Ernest, 2017)**

3.2 Critères diagnostiques

Le diagnostic de la schizophrénie est posé à partir de critères cliniques qui ont été établis précisément par l'association américaine de psychiatrie dans le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5). Les critères diagnostiques sont présentés comme suite

A. Deux (ou plus) des symptômes suivants ont été présents une partie significative du temps pendant une période d'un mois (ou moins si traités avec succès). Au moins l'un d'entre eux doit être (1), (2) ou (3) :

1. des idées délirantes ;
2. des hallucinations ;
3. un discours désorganisé (par exemple, fréquent déraillement ou incohérence) ;

4. un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;
5. des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition)
 - B.** Durant une période de temps significative depuis le début du trouble, le niveau de fonctionnement dans un domaine majeur tel que le travail, les relations interpersonnelles ou l'hygiène personnelle est passé d'une façon marquée en dessous du niveau atteint avant le début du trouble (ou, quand le trouble apparaît pendant l'enfance ou l'adolescence, le niveau prévisible de fonctionnement interpersonnel, scolaire ou professionnel n'a pas été atteint).
 - C.** Des signes continus du trouble persistent depuis au moins 6 mois. Pendant cette période de 6 mois les symptômes répondant au critère A (c.-à-d. les symptômes de la phase active) doivent avoir été présents pendant au moins un mois (ou moins en cas de traitement efficace) ; dans le même laps de temps des symptômes avant-coureur ou résiduels peuvent également se rencontrer. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes du trouble peuvent ne se manifester que par des symptômes négatifs, ou par deux ou plus des symptômes listés dans le critère A présents sous une forme atténuée (p. ex. croyances étranges ou expériences de perceptions inhabituelles).
 - D.** Un trouble socioaffectif, ou dépressif, ou un trouble bipolaire avec manifestations psychotiques ont été exclus parce que 1) soit il n'y a pas eu d'épisode maniaque ou dépressif caractérisé concurremment avec la phase active des symptômes, 2) soit, si des épisodes de trouble de l'humeur ont été présents pendant la phase active des symptômes, ils étaient présents seulement pendant une courte période de temps sur la durée totale des phases actives et résiduelles de la maladie.
 - A.** La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.
 - B.** S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont

également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins si traitées avec succès).
(DSM-5, 2015, pp.116-117)

Dans le DSM5, on remarque l'exclusion des symptômes cognitifs mais même s'ils ne font pas partie des critères diagnostiques, les troubles cognitifs associés à la schizophrénie sont connus depuis longtemps entre 70 et 80 % des patients psychotiques auraient des troubles cognitifs présents dès le premier épisode et relativement stables dans le temps.

4. Les théories explicatives de la schizophrénie

Les théories explicatives sont utilisées pour comprendre et expliquer les phénomènes complexes tels que les troubles mentaux. Elles permettent d'expliquer les causes et les mécanismes sous-jacents à ces troubles, ainsi que les facteurs qui peuvent influencer leur développement et leur évolution.

Les théories explicatives peuvent également aider les professionnels de la santé mentale à développer des stratégies de traitement efficaces pour les personnes atteintes et à améliorer leur qualité de vie.

Les théories explicatives sont donc une étape importante dans la compréhension et la prise en charge des troubles mentaux, y compris la schizophrénie.

4.1 La théorie phénoménologique

Elle propose une approche centrée sur l'expérience subjective de la maladie plutôt que sur les symptômes objectifs. Cette théorie suggère que la schizophrénie est le résultat d'une perturbation de la structure fondamentale de l'expérience subjective de soi et du monde environnant. Selon la théorie phénoménologique, les personnes atteintes de schizophrénie éprouvent une altération dans leur perception et leur compréhension de la réalité. Les symptômes de la schizophrénie, tels que les hallucinations et les délires, sont considérés comme des tentatives de la personne pour donner un sens à des expériences qui ne correspondent pas à la réalité partagée. Les personnes atteintes de schizophrénie peuvent également éprouver un sentiment de dépersonnalisation, une perte de l'unité du soi et une altération de la temporalité, qui se traduisent par une confusion entre le passé, le présent et le futur.

La théorie phénoménologique souligne également l'importance du contexte social et culturel dans le développement de la schizophrénie. Les facteurs environnementaux, tels que le stress, les traumatismes et les expériences de vie difficiles, peuvent jouer un rôle dans la perturbation de l'expérience subjective de la personne et la manifestation de la schizophrénie. **(Mirashar, Fusar-Poli, 2013)**

4.2 La théorie biologique

La théorie biologique de la schizophrénie repose sur l'hypothèse selon laquelle cette maladie mentale est causée par des anomalies biologiques dans le cerveau et/ou dans le système nerveux. Il existe plusieurs hypothèses biologiques qui ont été proposées pour expliquer la schizophrénie, telles que :

- La théorie de la dopamine : cette théorie suggère que la schizophrénie est causée par une hyperactivité de la transmission de la dopamine dans certaines zones du cerveau, en particulier dans les régions du cerveau impliquées dans la régulation de l'humeur, de la motivation et de la perception sensorielle ;

-La théorie du glutamate (acide glutamique) : cette théorie suggère que la schizophrénie est causée par une déficience dans la transmission du neurotransmetteur glutamate, qui est impliqué dans la régulation de l'excitation neuronale. La déficience du glutamate peut entraîner une dysfonction dans la communication entre les neurones et donc causer les symptômes de la schizophrénie ;

-La théorie de la neuro-inflammation : cette théorie suggère que l'inflammation du cerveau peut contribuer au développement de la schizophrénie. Des études ont montré que les niveaux de marqueurs inflammatoires dans le cerveau sont augmentés chez les patients atteints de schizophrénie.

En résumé, la théorie biologique de la schizophrénie suggère que des anomalies biologiques dans le cerveau et/ou dans le système nerveux peuvent être à l'origine de cette maladie mentale **(Howes et al., 2014)**.

4.3 La théorie psychanalytique

La psychanalyse est une approche qui vise à comprendre les troubles mentaux en explorant les processus inconscients de l'esprit. Dans le cas de la schizophrénie, la

théorie psychanalytique propose que la maladie résulte d'un conflit psychique non résolu, souvent lié à des expériences de l'enfance. Selon la psychanalyse, la schizophrénie se développe en réponse à un processus de désinvestissement de la réalité externe, où le patient se retire dans un monde intérieur fantasmatique. Ce désinvestissement est souvent lié à des expériences traumatisantes, comme une perte ou un abus, qui ont conduit à une rupture du lien de l'individu avec la réalité. La théorie psychanalytique met également l'accent sur le rôle de la relation entre la mère et l'enfant dans le développement de la schizophrénie.

Selon cette théorie, les mères de personnes atteintes de schizophrénie ont tendance à être froides, déconnectées et souvent intrusives, ce qui perturbe la capacité de l'enfant à développer un sens de soi cohérent et une relation saine avec la réalité.

Freud, avance aussi que la schizophrénie est le résultat d'un retrait libidinal, d'un désinvestissement massif des objets du monde qui correspond à un détachement de la réalité opéré par le moi (**Freyman, 2018**).

4.4 La théorie cognitivo- comportementale

La théorie cognitivo-comportementale (TCC) propose une explication de la schizophrénie basée sur les schémas cognitifs négatifs et la perturbation des processus cognitifs.

Selon la TCC, les personnes atteintes de schizophrénie ont des schémas de pensée négatifs qui influencent leur perception de l'environnement et des événements. Ces schémas de pensée sont souvent centrés sur des thèmes de persécution, de grandeur ou d'inadéquation personnelle. La TCC suggère également que les personnes atteintes de schizophrénie peuvent avoir des difficultés avec certains processus cognitifs, tels que l'attention, la concentration, la mémoire et le raisonnement. Ces déficits cognitifs peuvent entraîner des difficultés à comprendre les interactions sociales et à interpréter correctement les signaux sociaux (**Tarrier et Wykes, 2004**).

5. L'épidémiologie de la schizophrénie

L'épidémiologie est l'étude de la distribution et des causes des maladies dans les populations humaines. De ce fait, L'épidémiologie de la schizophrénie étudie la distribution et les facteurs de risque de cette maladie mentale dans la population.

5.1 Le facteur génétique

La schizophrénie fait partie d'un groupe de pathologies mentales ayant une base génétique complexe. Il s'agit bien évidemment de l'implication de plusieurs gènes.

Les travaux effectués dans le domaine de la génétique sur des familles, des jumeaux, et même dans des cas d'adoption ont pu mettre en évidence le risque élevé de la schizophrénie chez les individus ayant une parenté biologique (**Battal, 2019**).

Ceci explique clairement que le risque augmente avec l'importance du lien génétique, c'est-à-dire que plus la parenté biologique est distante plus le risque de développer la psychose devient faible. C'est donc un trouble qui se manifeste par la transmission.

5.2 Le facteur psychosocial :

L'environnement contribue également à l'augmentation du risque par plusieurs expositions, tels que l'immigration qui est de plus en plus fréquente puisque les statistiques donnent un chiffre élevé d'immigrés, dont des algériens, en France et au Canada.

L'isolation sociale et les problèmes d'intégration et d'adaptation au sein du milieu pourrait contribuer à fragiliser les individus. Par ailleurs des facteurs tels que la pauvreté, le divorce, le décès, le chômage...etc. peuvent être impliqués dans l'apparition de la maladie mentale. (**Favard, 2015**).

5.3 l'usage de drogues

La toxicomanie, ou la consommation de psychotropes, dérègle le traitement d'information dans le cerveau humain. Sachant que dans le domaine de la psychiatrie, certaines doses jugées faibles permettent d'améliorer le fonctionnement du lobe frontal par le biais de l'augmentation de la dopamine : un processus chimique consistant à transmettre des informations entre les neurones, autrement dit c'est un

neurotransmetteur, une molécule de passage dans une synapse d'un neurone à un récepteur.

Cependant, l'usage de ce produit à long terme, en excès crée des effets adverses et empire les symptômes psychotiques. La dangerosité des substances entraîne des difficultés à savoir gérer son anxiété, ses émotions, son humeur, ses comportements violents...etc.

Depuis de nombreuses années, des études ont montré que le cannabis par exemple altère les capacités cognitives, dans son ouvrage « du haschisch et de l'aliénation mentale », Moreau de Tours en 1845 décrivait l'ivresse cannabique comme : un sentiment de bonheur, d'excitation, de dissociation des idées, d'erreur sur le temps et l'espace, de convictions délirantes, et d'hallucinations, **(Dominice, 2022)**.

6. Les formes cliniques de la schizophrénie

Selon le manuel DSM5, la schizophrénie est caractérisée par une expression clinique hétérogène qui s'appréhende selon plusieurs types cliniques distinctes au sein des différentes classifications diagnostiques, d'où la préférence terminologique de « schizophrénies » au pluriel.

Ces formes ne sont pas fixées au cours de l'évolution du trouble chez le patient, puisque leurs nombres dans les premières classifications est très variables avec 7 formes dans la deuxième version de la Cim10, contre dix formes dans les premières versions du DSM5, et puis moins nombreuses à partir de la 3^{ème} version du DSM5. Selon L'APA américain Psychiatric Association, quelques formes sont retirées pour favoriser une approche diagnostique dimensionnelle, ainsi qu'une stabilité diagnostique limitée.

On peut énumérer plusieurs formes de schizophrénies, dont :

6.1 La forme simple

C'est la forme où la personne semble être en retrait affectif, c'est-à-dire que la manifestation est plutôt froide, avec une incapacité d'exprimer ses sentiments en marquant un désintérêt pour les autres, c'est le fait de se complaire dans une solitude. Parallèlement, on remarque des comportements étranges, des croyances bizarres et le

schizophrène perçoit des choses inhabituelles risquant d'évoluer lentement vers un déficit marqué.

Cette forme de schizophrénie a disparu de la classification du DSM3, en raison de l'absence du délire mais on la retrouve dans la version révisée par la suite.

6.2 La forme hébéphrénique

La maladie désorganisée débute précisément pendant la puberté, c'est-à-dire au cours de l'adolescence, elle représente 20% des schizophrénies considérées comme les plus résistantes aux thérapies. Les médicaments sont administrés à faible dose, et parfois le patient refuse de les prendre.

Dans cette forme, on observe un langage incohérent avec une forte anxiété s'accompagnant des perturbations graves de l'affectivité, ainsi qu'une activité délirante pauvre, s'ajoute parfois des passages à l'acte, ce qu'on appelle un comportement antisocial psychopathique, comme tentative de maintenir le contact avec la réalité. **(Madigand, 2019).**

6.3 la forme catatonique

C'est la forme la plus grave de schizophrénie, car ses symptômes sont intensément vécus comme une dépersonnalisation du patient, et d'un sentiment de mort vivant avec autant d'expressions et d'expériences délirantes.

L'existence persévérante des attitudes ou le malade maintient une position comme s'il s'appuyait sur un oreiller imaginaire, ou avoir des impulsions motrices soudaines parfois agressives, on trouve également une présentation des mimiques bizarre, sourire immotivé, des répétitions comme écho des derniers mots qui entend, avoir une imitation des gestes ...etc. Cette schizophrénie est soumise généralement à un traitement neuroleptique rarement définitive.

6.4 La forme paranoïde

Cette schizophrénie est typique et fréquente, elle est caractérisée par une riche activité délirante et la prédominance des hallucinations contrairement aux autres formes. Elle est accompagnée de colère et d'influences mystiques qui peuvent prédisposer l'individu

à la violence et à des tentatives suicidaires. Ce trouble a tendance à débiter un peu plus tard dans la vie comparée aux autres schizophrénies.

6.5 La forme héboïdophrénie

Il s'agit d'une schizophrénie qui englobe les comportements antisociaux et le délire se manifeste ici par épisodes ce qui veut dire que c'est la forme qui se rencontre et correspond les personnes en rupture sociale : En parle de la délinquance, des agressions, des vols, des viols, et de la toxicomanie.

6.6 La forme schizo-affective (dysthymique)

Appelée schizophrénie moderne, elle ressemble aux troubles bipolaires mais se distingue par la présence d'idées délirantes et hallucinatoires. Les symptômes de cette forme sont liés à l'humeur tels qu'une dépression ou une manie, autrement dit c'est une sorte de combinaison entre psychose et trouble d'humeur avec une nécessité d'évaluation. Elle se présente avec la désorganisation des discours et des comportements, où le malade montre peu ou pas d'émotions, incapable de ressentir le plaisir ou la tristesse. Elle est marquée par un manque d'intérêt et est soumise à un traitement médicamenteux antipsychotique (**Deniker et al., 1990**).

7. Les phases de la schizophrénie

Il existe différents stades où étapes pour la schizophrénie qui sont :

7.1 La phase prodromique

Les patients peuvent ne montrer aucun signe pathologique, de diminution des capacités sociales, de désorganisation cognitive, d'altération neurosensorielle, ou de perte de plaisir. Les éléments qui sont censés apparaître dans la schizophrénie restent discrets, par contre ils peuvent être rapportés que rétrospectivement (après coup) ou être plus apparentés à une perturbation du fonctionnement social, scolaire ou professionnel.

7.2 La phase prodromique avancée

Avoir des symptômes qui ne se manifestent pas cliniquement, c'est-à-dire qu'il existe une infection mais elle n'est pas encore visible sur la personne schizophrène (infra clinique), autrement dit, il va y avoir une entrée de la psychose qui s'impose par exemple : remarquer une certaine méfiance, un isolement, des pensées un peu

inhabituelles, etc. Ceci dépend de la durée de l'observation sur plusieurs jours, semaines ou années.

7.3 La phase précoce de la psychose

Cette période consiste en une présence officielle des symptômes actifs et souvent sévères.

7.4 La phase intermédiaire

C'est l'étape où les déficits fonctionnels ont tendance à s'aggraver de plus en plus et à se compliquer.

7.5 La phase tardive de la maladie

L'évolution de la psychose peut se caractériser par une diminution des symptômes après le traitement ou une stabilité, mais également par des rechutes très présentes.

8. Développement et évolution de la schizophrénie

Les caractéristiques psychotiques de la schizophrénie apparaissent typiquement entre la fin de l'adolescence et le milieu de la 3e décennie ; un début avant l'adolescence est rare. Le pic d'âge de début pour le premier épisode psychotique se situe entre le début et le milieu de la 3e décennie pour les hommes et la fin de la 3e décennie pour les femmes. Le début peut être brutal ou insidieux mais, chez la majorité des personnes, un ensemble de signes et symptômes cliniquement significatifs apparaît de façon lente et progressive. La moitié de ces sujets se plaint de symptômes dépressifs. Un âge de début plus jeune est classiquement considéré comme prédisant un moins bon pronostic. Cependant, l'effet de l'âge de début est probablement lié au sexe, les hommes ayant un ajustement pré morbide de moins bonne qualité, un niveau scolaire plus bas, des symptômes négatifs et un déficit cognitif plus marqués et, d'une façon générale, une évolution plus défavorable. Les déficits cognitifs sont habituels, et les altérations cognitives sont présentes durant le développement de la maladie ; elles précèdent l'émergence de la psychose et prennent la forme de déficits cognitifs stables à l'âge Les déficits cognitifs peuvent persister quand les autres symptômes sont en rémission, et ils contribuent au handicap de la maladie.

Les symptômes psychotiques tendent à diminuer au cours de la vie du malade, peut-être du fait d'une diminution physiologique normale avec l'âge de l'activité dopaminergique. Les symptômes négatifs sont plus étroitement liés au pronostic que les symptômes positifs et tendent à être les plus persistants. De plus, les déficits cognitifs associés à la maladie peuvent ne pas s'améliorer au cours du temps. Les caractéristiques essentielles de la schizophrénie sont les mêmes à l'adolescence, mais le diagnostic est alors plus difficile. Chez les enfants, les idées délirantes et les hallucinations peuvent être moins élaborées que chez les adultes et les hallucinations visuelles sont plus communes, devant être différenciées de jeux imaginatifs normaux. Une désorganisation du discours est présente dans plusieurs troubles qui débent dans l'enfance (p. ex. troubles du spectre de l'autisme), de même que les comportements désorganisés (p. ex. trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité). Ces symptômes ne doivent pas être attribués à une schizophrénie sans une prise en considération attentive d'autres troubles de l'enfance plus communs. Les cas débutant dans l'enfance tendent à ressembler à ceux qui ont une évolution défavorable chez l'adulte, avec un début progressif et des symptômes négatifs prédominants. Les enfants qui recevront plus tard un diagnostic de schizophrénie ont plus souvent été sujets à des perturbations et à une psychopathologie de type comportemental/émotionnel non spécifiques, à des altérations intellectuelles et du langage et à de légers retards moteurs.

Dans les cas à début tardif (après 40 ans), les femmes sont surreprésentées et elles peuvent être mariées (Howard et al. 2000). Souvent, le cours évolutif est marqué par une prédominance de symptômes psychotiques avec une préservation des affects et du fonctionnement social. Dans ces cas à début tardif, les critères diagnostiques de schizophrénie peuvent être remplis mais on ne sait toujours pas bien s'il s'agit de la même maladie que lorsque la schizophrénie est diagnostiquée avant la moitié de la vie avant l'âge de 55 ans). (DSM-5, 2015, pp 126 à 127)

9. Prévalence de la schizophrénie

La prévalence de la schizophrénie dans le DSM-5 (2015) est présentée comme suit

- **Prévalence** : la prévalence de la schizophrénie est d'environ 1 % de la population mondiale. Cependant, elle peut varier selon les populations étudiées et les critères diagnostiques utilisés (**McGrath, 2008**).
- **Âge d'apparition** : la schizophrénie peut se manifester à tout âge, mais elle se développe généralement chez les jeunes adultes, entre l'âge de 15 et 30 ans. (**McGrath, 2016**).
- **Sexe** : les hommes ont tendance à être diagnostiqués avec la schizophrénie plus fréquemment que les femmes, avec un ratio hommes/femmes d'environ 1,4 :1. (**Saha, 2007**).

La schizophrénie survient trois à cinq ans plus tôt chez l'homme que chez la femme et la sexe-ratio ainsi que l'incidence varient en fonction de l'âge mais aussi en fonction du système diagnostique retenu qui se présente comme suit :

- Entre 15 et 25 ans : il est de 2 pour 1 en faveur des hommes ;
- Entre 25 et 35 ans : il est de 1 pour 1 ;
- Entre 35 et 45 ans : il est de 1 pour 2 en faveur des femmes.

La prévalence sur la vie entière de la schizophrénie est d'environ 0.3% à 0.7%, bien qu'il existe des variations ethniques/raçiales selon les pays et selon l'origine géographique pour les immigrants et enfants immigrants. Le ratio selon le sexe diffère en fonction des populations et échantillons : par exemple, le taux d'incidence est plus élevé chez les hommes quand on étudie les symptômes négatifs et la durée de la maladie (associés à un moins bon pronostic), alors que les risques sont équivalents pour les deux sexes quand on inclut dans la définition de la maladie les symptômes affectifs et les épisodes brefs (associés à un meilleur pronostic) (**DSM-5, 2015, p 126**).

En résumé, la schizophrénie est une maladie mentale complexe qui peut avoir des effets importants sur la vie des personnes atteintes. Les études épidémiologiques peuvent aider

à mieux comprendre les facteurs de risque et les caractéristiques de la maladie, ce qui peut contribuer à améliorer la prévention et le traitement de la schizophrénie.

10. Impact sur la qualité de vie

La schizophrénie est considérée comme l'un des troubles mentaux les plus invalidants, avec un impact significatif sur la vie quotidienne des personnes atteintes.

Les symptômes de la schizophrénie peuvent affecter les relations interpersonnelles, la capacité à travailler, à étudier et la qualité de vie en général. (Pharoah, 2010)

11. Le diagnostic différentiel de la schizophrénie

C'est le processus avec lequel on distingue la schizophrénie des autres troubles mentaux qui peuvent présenter des symptômes similaires. Parmi ces troubles, on distingue :

-Le trouble dépressif caractérisé ou trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques ou catatonie : la distinction entre la schizophrénie et le trouble dépressif caractérisé ou le trouble bipolaire avec caractéristiques psychotiques ou catatonie dépend de la relation temporelle entre le trouble de l'humeur et la psychose et de la gravité des symptômes maniaques ou dépressifs. Si les idées délirantes ou les hallucinations surviennent exclusivement pendant les épisodes dépressifs caractérisés ou maniaques, le diagnostic sera celui d'un épisode dépressif ou bipolaire avec caractéristiques psychotiques ;

-Le trouble délirant : le trouble délirant peut-être distingué de la schizophrénie par l'absence d'autres symptômes caractéristiques de la schizophrénie (p. ex. idées délirantes, importantes hallucinations auditives ou visuelles, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé ou catatonique, symptômes négatifs) ;

-Le trouble stress post-traumatique : au cours du stress post-traumatique, des flashbacks à caractère hallucinatoire et une hyper vigilance qui peut atteindre des proportions persécutives peuvent survenir. Mais pour faire le diagnostic, il est nécessaire de retrouver un événement traumatique et des éléments symptomatiques caractéristiques ayant trait à la reviviscence de l'événement ou à une réaction à cet événement ;

-Autres troubles mentaux associés à un épisode psychotique : le diagnostic de la schizophrénie ne peut être posé que lorsqu'un épisode psychotique est durable et non imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale. Les personnes qui présentent un état confusionnel ou un trouble neurocognitif majeur ou mineur peuvent avoir des symptômes psychotiques mais ces derniers ont une relation temporelle avec le début des changements cognitifs en rapport avec ces symptômes. Les personnes avec un trouble psychotique induit par une substance/un médicament peuvent avoir des symptômes répondant au critère A de la schizophrénie mais un trouble psychotique induit par une substance/un médicament peut habituellement être distingué d'une schizophrénie par la relation chronologique entre la prise de la substance et le début de la psychose, et par sa rémission en l'absence de prise.

Il est important de procéder à un diagnostic différentiel car certains troubles mentaux peuvent nécessiter des traitements différents de ceux de la schizophrénie.

12. Le diagnostic positif de la schizophrénie

Il est basé sur les critères diagnostiques établis par le DSM-5 ou la CIM-10. Pour un diagnostic positif de la schizophrénie selon le DSM-5, il doit y avoir une présence de deux (ou plus) des symptômes suivants pendant une période significative de temps pendant un mois (ou moins si traités avec succès) : Délires Hallucinations Discours désorganisé (pensée désorganisée) Comportement moteur De plus, il doit y avoir une altération significative du fonctionnement social ou professionnel, ainsi qu'une durée continue des symptômes pendant au moins six mois. D'autres conditions médicales ou psychiatriques doivent être exclues pour confirmer le diagnostic. Le diagnostic positif de la schizophrénie selon la CIM-10 est similaire, avec des critères diagnostiques qui incluent la présence de symptômes positifs (délires, hallucinations), négatifs (apathie, isolement social) ou désorganisés, ainsi qu'une altération significative du fonctionnement social ou professionnel. De plus, les symptômes doivent être présents pendant une période continue d'au moins un mois et exclusivement survenue pendant une période de vie adulte.

13. La prise en charge de la schizophrénie

La prise en charge d'une pathologie mentale telle qu'une schizophrénie connaît de plus en plus de progrès, sur le plan médicamenteux comme sur le plan psychothérapeutique à savoir cognitivo-comportementale, sociale et familiale.

La précocité du traitement ayant un impact positif considérable sur le pronostic fonctionnel, il est très important de ne pas passer à côté des signes d'alerte. Il est également nécessaire de dire que l'hospitalisation du sujet est parfois obligatoire pour l'évaluation initiale et pour faciliter l'installation du traitement et ultérieurement lors des phases aiguës ou en cas de risque de suicide (**Sohila, 2020**).

13.1 Les traitements médicamenteux

La chimiothérapie reste la pierre angulaire du traitement d'attaque et d'entretien des schizophrénies mais ne peut et ne doit pas être dissociée des autres thérapies.

Nous avons donc, ce qu'on appelle les antipsychotiques ou les neuroleptiques qui se distingue en deux :

- A. Les neuroleptiques dits classiques, qui ont essentiellement une action sur les messagers chimiques du cerveau humain et sont surtout actifs contre les symptômes positifs ;
- B. Les neuroleptiques dits atypiques, qui agissent le plus et montrent une grande efficacité sur les symptômes négatifs de la schizophrénie. (**Bonnefoy, 2018**).

Selon Pierre Deniker, « *L'essor de la chimiothérapie des psychoses a si profondément modifié l'évolution de la psychiatrie qu'il est impossible d'imaginer ce qu'elle était auparavant* ». (**Erb, 2018**)

13.2 Les traitements thérapeutiques :

Il existe aujourd'hui plusieurs thérapies psychosociales efficaces pour la schizophrénie, en complément du traitement médicamenteux. La thérapie de groupe permet d'apprendre comment d'autres gens vivent la maladie et ce qui aide à briser l'isolement et favorise le rétablissement.

Parmi les thérapie les plus convoité on retrouve :

A. La thérapie familiale : c'est une cure qui s'avère efficace qui a pour but de favoriser les échanges entre les membres d'une famille. La fonction de cette thérapie fait justement participer la famille comme co-thérapeute car son rôle est de cibler les difficultés au sein du système en accompagnant et en aidant le membre schizophrène afin de lui offrir un environnement chaleureux, stable, et surtout de ne pas le juger. Elle est bien au contraire le comprendre, et savoir communiquer avec lui, échanger avec lui en essayant de comprendre sa façon de penser, ses sentiments, observer avec attention ses comportements, le rassurer, le faire sentir en sécurité, prendre au sérieux tout ce qu'il dit afin d'éviter les tentatives de suicide dans certains cas sévères.

L'alliance thérapeutique entre le patient et sa famille est indispensable, puisque la maladie mentale chronique dépend en grande partie des particularités à la réaction du milieu, et du caractère de l'interaction systématique ainsi que de la communication émotionnelle.

La psychoéducation : l'implication de la famille dès la phase prodromique jusqu'à la chronicisation du trouble, les membres sont considérés dans une perspective psycho éducationnelle, autrement dit toutes informations concernant la schizophrénie avec une attention portée à leur qualité de vie, la présence d'un soutien régulier, l'acceptation de la pathologie, ainsi que le fait de redéfinir le rôle de tous en fonction de la psychose, créer des changements d'une manière à évoluer ensemble vers un fonctionnement plus adapté et souple et de trouver un nouvel équilibre, avec une bonne communication, afin de dépasser la situation délicate (Medvedev, 2013).

B. La thérapie cognitivo-comportementale : il s'agit d'une thérapie validée scientifiquement qui vise à modifier et remplacer chez le patient toutes les idées fausses,

et les comportements inadaptés ainsi que ses émotions par les mieux adéquats avec la réalité.

Ceci aide progressivement par le biais des activités pratiquées et les séances thérapeutiques ainsi que ses techniques à réduire ou arrêter l'apparition des symptômes schizophréniques.

Les TCC représentent des thérapies actives autrement dit, le psychothérapeute échange avec son malade une certaine dynamique tout en portant l'accent sur le moment présent c'est-à-dire les causes actuelles du problème. **(Raffard et al., 2020).**

C. La réhabilitation sociale : est une prise en charge qui cible les forces et les habilités de la personne atteinte afin qu'elle reprenne le contrôle de sa vie et se réinsérer à nouveau et progressivement dans le milieu social, c'est-à-dire que même après une diminution ou la disparition des symptômes psychotiques chez le sujet schizophrène, ce dernier se retrouve toujours avec des difficultés de communication avec les autres suite à son isolement, ainsi qu'une motivation réduite, des difficultés dans la réalisation des tâches non seulement professionnelles mais également quotidiennes. Ceci complique la vie du sujet schizophrène car la capacité d'accomplir son rôle ou un travail devient un véritable problème.

Les interventions psychosociales viennent justement afin de créer des programmes de réhabilitation qui permettent au patient de se réinsérer socialement et de pouvoir reprendre sa place dans la communauté.

On souligne que ces interventions ne sont pas une alternative au traitement pharmacologique mais plutôt une prise en charge complémentaire très utile.

Ce programme se base sur de l'apprentissage qui vise à mieux gérer sa communication avec autrui, à accomplir ses tâches, savoir se comporter dans le milieu social par exemple dans un bus, dans un marché...etc. **(Michel et al., 2004).**

Conclusion

En conclusion, la schizophrénie reste un défi majeur pour les individus concernés et pour la société dans son ensemble. Cependant, grâce à une meilleure compréhension de la maladie, à des interventions ciblées et à un soutien approprié, nous pouvons espérer améliorer la vie des personnes atteintes de schizophrénie et travailler à réduire la stigmatisation associée à ce trouble mental.

Chapitre II

La famille

Préambule

La famille joue en effet un rôle crucial dans la vie des personnes atteintes de schizophrénie. En tant que principal système de soutien social, la famille est confrontée à des défis complexes et uniques lorsqu'elle fait face à ce trouble mental. Comprendre l'impact de la schizophrénie sur la famille, ainsi que l'influence de la famille sur la schizophrénie, et explorer les stratégies de soutien appropriées sont essentiels pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes et favoriser leur rétablissement.

Ce chapitre se concentre sur le rôle de la famille dans le contexte de la schizophrénie. Tout d'abord, nous commencerons par examiner différentes définitions de la famille. Ensuite, nous explorerons les différents types de familles, ainsi que certaines caractéristiques propres à la famille algérienne.

Dans un second temps, nous allons nous attarder sur la famille et la maladie mentale. Nous allons présenter dans cette partie comment la famille fait face à la maladie, ainsi qu'un bref historique sur les théories étiologiques de la famille dans l'apparition de la schizophrénie. Ensuite, nous nous intéresserons au travail avec la famille, à son intégration et à son intervention dans la prise en charge du sujet atteint. Pour finir, nous examinerons comment la schizophrénie impacte la famille et comment le soutien de celle-ci influence à son tour la schizophrénie.

En outre, nous aborderons les défis spécifiques auxquels les familles sont confrontées, notamment les répercussions émotionnelles et pratiques de la schizophrénie sur les membres de la famille. Nous explorerons également les différentes approches de soutien familial qui peuvent être mises en place pour aider les familles à faire face à la maladie.

L'objectif de ce chapitre est de fournir des informations précieuses et des stratégies pratiques aux familles qui vivent avec un proche atteint de schizophrénie. En reconnaissant le rôle central de la famille dans la prise en charge et le rétablissement, nous visons à créer un environnement de soutien et de compréhension accru pour les personnes atteintes de schizophrénie et leur famille.

1 Définition de la famille

1.1 L'étymologie du mot famille

L'étymologie du mot famille vient du latin « familia » qui signifie ensemble des habitants de la maison. (Larousse, É. (n.d.). *Définitions : famille - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/famille/32798>)

D'après Engels, « familia » dérive de « famulus », désignait à l'origine le serviteur ou l'esclave. Ainsi, on retrouve dans l'origine du mot à la fois le foyer, les habitants de ce foyer mais aussi une notion de hiérarchie, de pouvoir et de servitude (**Engels, 1893**).

1.2 Définition de la famille en anthropologie

Selon l'anthropologue Claude Lévi-Strauss, une famille est une communauté de personnes réunies par des liens de parenté existants dans toutes les sociétés humaines. Elle est dotée d'un nom, d'un domicile et crée entre ses membres une obligation de solidarité morale venant du mariage religieux et une obligation matérielle (notamment entre époux, d'une part, et entre parents et enfants, d'autre part) censés les protéger et favoriser leur développement social, physique et affectif. (**Famille, 2023**)

1.3 Définition de la famille en sociologie

En sociologie, la famille est une unité sociale vouée à assurer, dans la plupart des sociétés, la socialisation primaire des individus.

La famille est bien sûr un objet privilégié pour la sociologie : c'est dans la famille, dès la prime enfance que se transmettent des valeurs et des normes, des compétences linguistiques et cognitives, des attitudes et des techniques du corps, un ensemble de la disposition qui vont caractériser les individus tout au long de leurs vies. En ce sens, la famille est toujours au cœur du processus de reproduction sociale. (**Lebaron, 2009, p61**).

1.4 Définition de la famille en psychologie

Psychologiquement définie, la famille est un organisme social fondé sur la sexualité et les tendances maternelles et paternelles, dont la forme varie selon la culture, monogamique, polygamique, polyandrique...etc. (**Norbert, 2004, p 110**).

2 Définition du soutien familiale

Tout individu a besoin de soutien dès sa naissance, et ce besoin reste présent tout au long de son développement.

Face à un événement stressant, l'individu, quel que soit son âge, active son système d'attachement et cherche, de manière plus ou moins spontanée, du soutien et du réconfort auprès de ses différentes figures d'attachement ce qui amènera la personne concernée assez souvent à rechercher du réconfort auprès d'un proche.

Procidano et Heller définissent le soutien familial comme la perception qu'un individu a des réponses fournies par sa famille en termes de soutien et d'informations en fonction de ses besoins, ainsi que de son niveau de satisfaction. Bien qu'il existe différents types de soutien, tels que le soutien social et le soutien familial, le soutien familial est généralement appréhendé et analysé en relation avec le soutien social (**Procidano et Heller, 1983**).

3 Les types de familles

Jacques Grand Maison, dans son livre « Les différents types de familles et leurs enjeux parue en 1993 » présente différents types de famille :

3.1 La famille traditionnelle

La famille traditionnelle est confrontée à des défis de survie. Elle se concentre sur la reproduction de la vie et est centrée sur la transmission, de génération en génération, d'un patrimoine biologique, matériel et symbolique.

Cette famille est avant tout une institution qui repose sur plusieurs principes, tels que les normes, les lois, les coutumes et les représentations collectives, qui représentent ceux de toute la société et de la culture commune. Toutes les conduites doivent s'y conformer, y compris au niveau de la conscience et de la subjectivité. Les rôles au sein de la famille sont définis comme allant naturellement de soi, comme des réponses viables, nécessaires et indiscutables face à de multiples contraintes, y compris des impératifs religieux qui les sacralisent (Jacques Grand Maison, 2004, p.09).

3.2 La famille moderne

Ce type de famille est caractérisé par plusieurs traits principaux. Tout d'abord, la recherche du bonheur passe de plus en plus par l'affectivité et le sentiment amoureux. Ensuite, le rapport à la famille en tant qu'institution tend à être plus rationnel et moins dépendant d'une tradition répétitive et de règles sacrées intouchables et indiscutables. Au lieu de se concentrer uniquement sur la survie, l'accent est mis sur l'avenir à travers les enfants, un avenir chargé de sens. De plus, il y a l'émergence d'une individualité irréductible à l'unique logique familiale. Chacun est considéré comme acteur de sa propre vie et de sa propre histoire (**Jacques Grand Maison, 2004, p.10**)

3.3 La famille fusionnelle

Dans ce type de famille, on observe souvent un chantage émotionnel constant. Des phrases telles que « Fais cela pour ta maman », « Si tu m'aimais vraiment, tu me l'achèterais », ou encore « Si tu n'acceptes pas ça, c'est que tu ne nous aimes pas, nous tes parents », sont fréquemment utilisées. Cette dynamique fusionnelle maintient l'adulte dans un état d'enfance. En fin de compte, l'enfant se retrouve pris au piège, confronté à un double dilemme : une dépendance affective inconditionnelle et un besoin de révolte pour affirmer sa propre identité. De même, le divorce des parents fusionnels peut être particulièrement dramatique pour l'enfant. Il devient trop souvent le terrain et même l'instrument des agressions mutuelles entre les ex-conjoints. Chacun d'eux cherchera à s'approprier l'enfant exclusivement, en utilisant des expressions du type « Tu es tout pour moi, tu sais » (**Jacques Grand Maison, 2004, p11**).

4 Caractéristiques de la famille algérienne

La famille demeure, dans la plupart des civilisations, la cellule de base et la pièce maîtresse de l'organisation sociale. Chaque société a ses propres caractéristiques, et la société algérienne présente diverses particularités. Parmi celles-ci, on retrouve :

- La famille algérienne une famille souche, où un ou plusieurs couples, avec ou sans enfants, vivent ensemble dans une grande maison ;

- Dans la famille algérienne, le patriarcat joue un rôle prédominant. Le père ou le grand-père est considéré comme le chef spirituel de la famille, et ses paroles sont respectées et suivies sans contestation par les membres de la famille ;
- La filiation dans la famille algérienne est principalement paternelle. L'origine de l'enfant est attribuée à son père, plutôt qu'à sa mère ;
- La famille algérienne est caractérisée par une forte solidarité et cohésion. Les descendants masculins ne quittent généralement pas la grande maison familiale après le mariage, tandis que les descendantes féminines sont traditionnellement amenées à quitter la maison familiale après le mariage (**Boutefnouchet, 1982**).

5 La famille face à la maladie mentale

Avoir un membre atteint d'un trouble mental est souvent difficile à assumer et peut susciter divers sentiments parmi les membres de la famille (les parents, les frères et sœurs) allant parfois même jusqu'à redéfinir les rôles en fonction du membre atteint. En résumé, toute la famille souffre de cette situation.

Lorsqu'on a un enfant atteint psychiquement, les parents se sentent coupables. Ils éprouvent un sentiment d'impuissance et de désespoir face à la souffrance de leur enfant et sont très sensibles à l'opinion extérieure, ce qui les pousse à chercher une solution à tout prix.

Les frères et sœurs, tout comme les parents, peuvent ressentir de la culpabilité et vivre des émotions troublantes. Ils peuvent éprouver un mélange de honte et de jalousie envers le frère ou la sœur malade, qui attire toute l'attention des parents, ainsi qu'un sentiment de culpabilité d'être en bonne santé. Souvent, leur rôle au sein de la famille change et certains se sentent responsables et appelés à prendre la relève des parents.

Au sein de la famille élargie, comprenant oncles, cousines, grands-parents et neveux, la maladie d'un proche les affecte à différents degrés. Leurs réactions varient, allant du rejet complet à l'ingérence. Les motifs sont variés tels l'ignorance, la peur de contracter la maladie ou d'avoir à s'impliquer mais aussi la crainte d'être importuns et de ne pas savoir comment réagir. Cependant, il est important de souligner que l'information sur la maladie peut contribuer à transformer ces

perceptions inappropriées en attitudes plus compréhensives et bienveillantes (Beauregard, Guide sur les maladies mentales à l'usage des familles, <https://www.avantdecraquer.com/>).

6 Historique des hypothèses étiologiques familiales

L'étude des familles de schizophrènes a débuté de notable dans les années 30, période où l'on cherchait à établir l'étiologie de la schizophrénie. Les recherches se sont notamment concentrées sur le rôle des parents afin d'identifier d'éventuelles causes de cette maladie grave. Par conséquent, plusieurs théories sur l'étiologie de cette pathologie ont vu le jour (**Boucher et Lalonde, 1982**).

6.1 - La mère schizophrénogène

Cette expression a été introduite par Fromm-Reichmann en 1948 dans ces travaux. Les mères « schizophrénogènes » sont décrites comme étant « froides », « dominatrices », « repoussantes », « surprotectrices » vis à vis de leurs enfants. Les pères quant à eux ont été décrits comme plus neutres : « effacés », « passifs », « inadéquats », « doux » ou « indifférents ». La relation entre la mère et le futur schizophrène est envisagée soit sous l'angle de l'incapacité à aimer sincèrement son enfant, soit surtout sous l'angle de modalités fusionnelles pathologiques.

Dans tous les cas, ce type de relation, certes d'origine inconsciente, aurait pour conséquence d'empêcher l'enfant de se constituer comme sujet autonome. Pendant plusieurs décennies, cela a eu des répercussions négatives sur la perception des mères de sujets schizophrènes (**Pirson & al, 2012, p 05**).

6.2-La famille pathogène ;

Par la suite, les études les plus importantes dans le domaine psychiatrique supposent toutes à priori que le facteur environnemental ou parental est responsable de l'apparition de la schizophrénie. Parmi ces études, celles de Bateson, Lidz et Wynne sont les plus influentes.

- **La théorie de la double contrainte ou double lien (double bind) :** elle a été introduite par Bateson en 1956 dans "Toward a theory of Schizophrenia". Cette théorie définit la schizophrénie comme le mode le plus commun de communication. Le «double bind» est une expérience répétée, impliquant deux personnes ou plus, au sein de laquelle une de ces personnes est confrontée à deux

messages de niveaux différents qui se contredisent l'un l'autre et où le sujet se trouve dans l'impossibilité d'y répondre de façon cohérente, mais aussi d'y échapper. Dès lors, la folie est la seule issue et la schizophrénie la seule réponse possible (Pirson & al, 2012).

- **Le schisme conjugal** : dans ce type de mariage, la famille est déchirée par un conflit permanent entre les deux parents. Chacun éprouve des difficultés personnelles et ignore les préoccupations de l'autre. Habituellement, la mère est effacée tandis que le père se montre sévère ou distant. Les parents sont en compétition pour obtenir l'affection de l'enfant, ce qui divise la famille en factions adverses. Chacun des deux parents dévalorise l'autre aux yeux de l'enfant, tout en lui demandant son appui, ce qui piège ce dernier dans le système induit par ces distorsions. C'est habituellement dans ce cadre que se développent les schizophrénies chez les femmes (Pirson & al.,2012).
- **Le biais conjugal (marital skew)**: dans ce type de mariage, où aucun conflit n'apparaît, l'un des conjoints adhère passivement aux conceptions singulières, voire étranges, bizarres ou délirantes de l'autre, notamment en ce qui concerne l'éducation des enfants et la gestion de la vie familiale. Quand les idées bizarres de l'un des partenaires sont acceptées ou assumées par l'autre, il peut même être légitime de parler d'une atmosphère de folie à deux. (Pirson & al.,2012)

Dans le modèle biaisé, la mère est très intrusive et la venue d'un fils comble chez elle un vide, tandis que le père, très passif, offre un modèle de comportement faible à son fils et ne s'oppose pas à l'éducation aberrante de sa femme.

Ce type de configuration parentale est le plus souvent observé chez les schizophrènes de sexe masculin. (Pirson & al., 2012)

7 L'aide familiale en psychiatrie

Le rôle des membres de la famille est actif et joue un rôle important dans l'apparition et l'aggravation de la schizophrénie. À l'époque, les visites de la famille étaient refusées aux patients hospitalisés par crainte de perturbation. Cependant, cela a permis au personnel médical de dialoguer avec les membres de la famille du patient atteint de schizophrénie, ce qui a considérablement influencé le point de vue des spécialistes tels que les psychologues, les psychiatres et les thérapeutes sur les interventions familiales.

Ces interventions ont été extrêmement bénéfiques pour l'état et l'évolution de la maladie. En d'autres termes, la famille a commencé à jouer un rôle de coopératrice bienveillante, fournissant des informations précises qui ont permis aux spécialistes d'orienter efficacement le traitement. De plus, la famille joue un rôle essentiel dans la protection de la personne schizophrène, en veillant à ce qu'elle ne se fasse pas de mal, qu'il s'agisse de tentatives suicidaires ou d'agressions envers elle-même ou les autres membres de la famille.

En psychiatrie, le recours à l'aide familial s'est progressivement imposé, souvent en raison des contraintes auxquelles étaient soumises les institutions médicales. Les professionnels ont été contraints de faire appel aux aidants familiaux par nécessité, parfois sans aucune conviction. Les familles, par l'intermédiaire des associations qui les représentent, ont pu voir dans la notion d'aidant familial une forme de reconnaissance sociale du rôle qu'elles tiennent auprès de leur proche depuis bien longtemps.

Autrement dit, un changement radical s'est produit en psychiatrie sans qu'il ait été anticipé ou élaboré comme le souligne le sociologue N. Carpentier : « historiquement la famille est d'abord considérée comme la cause des problèmes de santé avant de devenir dans un contexte de désinstitutionalisation de la psychiatrie, une solution pour maintenir la personne dans son milieu ».

Les proches aidant ne doivent pas être contraints à ce rôle alternatif, mais plutôt encouragés à soutenir leur proche souffrant de la maladie au sein de leur famille, car la préservation des liens, et le soutien familial sont essentiels à la guérison. **(Davtian, Collombe, 2014, pp 47 à 51).**

En ce qui concerne l'alliance thérapeutique, elle repose sur la mise en relation et le partage des situations. Elle est définie comme « la capacité observable du thérapeute et du patient à travailler ensemble d'une manière réaliste, coopérative, et mutuellement respectueuse de la confiance et de l'engagement envers la tâche thérapeutique ». **(Bantman, 2005, pp 52 à 53).**

Des études ont démontré que l'alliance thérapeutique joue un rôle essentiel dans l'observance thérapeutique du schizophrène. Elle est non seulement un soutien précieux

en ce qui concerne les traitements médicamenteux, mais elle est également centrale dans la prise en charge globale, contribuant ainsi à améliorer la qualité de vie du sujet schizophrène au sein de son entourage (**Samra et Benharrats, 2017, p 155**).

8 Le travail avec la famille

Ce travail avec la famille est essentiel, voire incontournable, et ce pour différentes raisons.

Tout d'abord, les familles elles-mêmes en sont demandeuses et revendiquent une implication dans chaque étape. L'âge auquel apparaissent classiquement les premiers symptômes la rend d'ailleurs concernée au premier chef. La première crise psychotique constitue un véritable choc pour le patient et sa famille.

Ensuite, l'hospitalisation est synonyme de séparation, pour éviter la répétition de ce mécanisme, et l'institutionnalisation du patient, il s'agirait d'accompagner la famille tout au long du processus, et de l'aider à gérer ces tensions par d'autres moyens.

Troisièmement, l'essentiel du traitement des patients schizophrènes se déroule aujourd'hui dans le réseau ambulatoire, et donc dans un lien serré avec la famille. Celle-ci devra être considérée comme un partenaire dans la réinsertion du patient, la minimisation des rechutes, et l'obtention du niveau d'adaptation sociale et professionnelle.

Ainsi plusieurs études confirment que l'approche familiale et sociale combinée à l'approche individuelle et la médication obtiennent de bien meilleurs résultats que chaque approche prise isolément, que ce soit en termes de prévention des rechutes, de fréquence des hospitalisations, de durée de celles-ci, de satisfaction et de qualité de vie du patient et de sa famille.

C'est pourquoi, la famille représente la seule influence sociale qui dispose d'un levier suffisant permettant d'aider un proche à se rétablir.

8.1 L'intégration de la famille dans la prise en charge du sujet schizophrène

La famille est devenue un élément très important dans l'accompagnement du malade. Elle est passée d'être considérée comme responsable pathogène du trouble mental, c'est-

à-dire comme la source et le facteur d'hérédité de l'atteinte psychotique à une solution efficace de maintien, protection, sécurité, et confort pour le bien-être du patient

La schizophrénie étant une maladie complexe et chronique, l'intervention de la famille dans la prise en charge du sujet schizophrène est essentielle pour assurer un soutien adéquat et une amélioration de la qualité de vie du patient. Il est donc crucial d'inclure la famille dans le processus de soins afin de garantir une approche holistique et complète.

Les interventions de la famille dans le processus de prise en charge visent notamment à prévenir ou à limiter autant que possible les rechutes et, par conséquent, les hospitalisations (**Haouzir et Bernoussi, 2020**).

8.2 L'intervention de la famille dans la prise en charge du patient

L'intervention de la famille dans le processus de prise en charge d'un membre souffrant de schizophrénie joue un rôle crucial pour améliorer les résultats du traitement et favoriser le rétablissement du patient.

Voici quelques aspects importants de l'intervention de la famille :

- Éducation et compréhension : il est essentiel que la famille soit bien informée sur la schizophrénie, ses symptômes, son évolution et les traitements disponibles. Une bonne compréhension de la maladie permet à la famille de reconnaître les signes de rechute, de soutenir le patient dans sa prise de médicaments et de promouvoir l'adhésion au traitement ;
- Communication et soutien émotionnel : maintenir une communication ouverte et empathique avec le patient est essentiel. La famille peut apporter un soutien émotionnel en écoutant les préoccupations du patient, en encourageant les discussions sur ses sentiments et en fournissant un environnement sécurisant et compréhensif. Le soutien émotionnel de la famille peut contribuer à réduire le stress et à favoriser le bien-être du patient ;
- Gestion des symptômes : la famille peut aider à la gestion des symptômes en collaborant avec les professionnels de la santé pour identifier les signes précurseurs

de rechute, mettre en place des stratégies d'adaptation et de gestion des symptômes, et encourager la participation du patient aux activités quotidiennes. La famille peut également aider à la gestion des effets secondaires des médicaments en surveillant leur apparition et en informant les professionnels de la santé ;

- Environnement de soutien : la famille peut créer un environnement de soutien favorable en favorisant la stabilité, la structure et la routine dans la vie quotidienne du patient. Cela peut inclure l'établissement d'une routine de prise de médicaments, d'une alimentation équilibrée, d'un sommeil régulier et d'une activité physique. La famille peut également encourager la participation du patient à des activités sociales et de loisirs, promouvant ainsi l'intégration sociale et la réduction de l'isolement.

Il est à noter que c'est à partir de 1978 que se sont développées de nouvelles formes d'approche familiale pour les patients schizophrènes dites « psycho-éducatives » ces interventions psycho-éducatives comprennent ainsi des séances de formation à l'intention des familles, destinées à leur apprendre tout ce que l'on connaît actuellement sur la schizophrénie. Les familles sont par ailleurs encouragées à poursuivre leur participation au traitement de leurs proches. Il s'agit alors de proposer une coopération avec les membres de la famille impliqués pour trouver des solutions aux difficultés générées par la présence dans la maison d'un proche souffrant d'une maladie mentale grave. (Miermont, 2002, pp106-107)

9 L'impact de la schizophrénie sur la famille

Lorsque les membres de la famille apprennent que l'un d'entre eux est atteint de la schizophrénie, ils ressentent toute une gamme d'émotions intenses, et des réactions déclenchantes automatiquement, à savoir :

- Au début de la découverte, on peut retrouver chez la famille une honte et de la culpabilité qui s'installe, par rapport à ce que les autres pensent ;
- Une incapacité de penser ou de parler sur autre chose que sur le sujet schizophrène, c'est-à-dire rester centré sur le contenu de la maladie, et s'inquiéter à propos de l'avenir de la famille ;
- Anxiété et peur, avoir toujours cette pensée négative que le sujet peut se faire du mal par tentative suicidaire ou agression envers les autres ;

- Un déni total de la maladie au début ;
- Un déni total de la gravité de la maladie, c'est-à-dire prendre la situation à la légère ;
- Vivre un chagrin, une dépression par l'impression de perdre un membre de la famille suite à la psychose ;
- Une ambivalence extrême envers le schizophrène ;
- Un retrait des activités sociales habituelles, par le fait de consacrer tout son temps et toute son énergie au membre souffrant ;
- Avoir un sentiment d'isolement, et de repli comme si personne ne pourrait comprendre cette situation délicate.

Dans ces conditions, la famille subit chaque jour énormément de stress, car la personne malade devient une priorité et l'on a tendance à s'oublier soi-même. (**Pirson et al., 2012, p 7**).

10 L'impact de soutien familiale sur la schizophrénie

Le soutien de la famille et des proches, lorsqu'il est possible, apparaît nettement corrélé de façon positive à de multiples indicateurs, à savoir :

- La diminution des rechutes ;
- Augmentation du temps entre les hospitalisations ;
- Diminution des situations de crise ;
- Amélioration de la qualité de vie du schizophrène, c'est-à-dire réorganiser le système familial de manière à créer un confort et un environnement favorable pour le malade.

Le soutien familial est de plus en plus reconnu comme facteur important de protection et de résilience pouvant modifier favorablement la trajectoire d'un trouble schizophrénique. Ce nouveau regard se révèle plus dynamique pour les parents que leur mise à l'écart des soins. (**Casttilo et Plagnol, 2016, pp 65 à 66**).

Conclusion

Lorsque les patients retournent dans la communauté après une admission ou un premier contact avec les services de santé mentale, leurs familles constituent le principal système de soutien, plus encore que le personnel médical.

Le soutien familial est extrêmement important et fondamental pour le membre atteint car il a la capacité d'améliorer grandement son bien-être et sa qualité de vie.

Il est bien clair que la famille est le premier pilier du malade, elle lui apporte tout d'abord un abri, de la sécurité ainsi que tout le soutien émotionnel dont il a besoin pour se rétablir. Par conséquent, la famille est un allié dont le rôle n'est pas à négliger.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

La santé est cet état de bien-être complet physique, mental et social qui permet à chacun de réaliser son potentiel, d'affronter les difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive, et d'apporter une contribution à la communauté. Elle permet également d'établir des relations familiales, personnelles, professionnelles et amicales satisfaisantes, ainsi que d'éprouver du plaisir dans la vie.

L'affection de cette santé risque d'engendrer de multiples conséquences car les troubles mentaux présentent un très large spectre, allant des pathologies légères et ponctuelles à des troubles sévères, chroniques et invalidants, qui représentent un fardeau important dans la vie des individus et notamment au sein de la famille et de la société.

L'ampleur des troubles mentaux fait de la santé mentale une propriété en termes de santé publique, près d'un être humain sur huit 1/8 est concerné. L'organisation mondiale de la santé OMS dresse un large constat « les problèmes de santé mentale sont très répandus dans tous les pays du monde . En 2019, environ 970 millions de personnes souffraient d'un trouble psychique, dont une prévalence de 2,5% pour la schizophrénie. Cette réalité montre que la schizophrénie perturbe non seulement la personne atteinte, mais aussi l'ensemble du système familial et l'entourage social.

La schizophrénie est une pathologie universelle dans le temps et l'espace, la personnalité se trouve désorganisée ainsi que dispersée, et l'activité sociale qui était normale devienne entravée. Environ une personne sur 100 développe cette maladie et des études anglo-saxonnes prévoient dans les années à venir une augmentation de plus de 40% du nombre total.

En Algérie, on compte plus de 400 000 personnes atteintes de schizophrénie avec une prévalence de 1,83 % de la population générale. La schizophrénie est une pathologie mentale fréquente en Algérie, notamment à Oran où elle représente plus de 70 % des lits d'hospitalisation des urgences psychiatriques, majoritairement chez les hommes (**Benharrats et Bencharif, 2019**).

Sa manifestation symptomatologique est graduelle, et parfois brusque avec des signes précurseurs nombreux et variés. Il s'agit de tout un processus d'isolation sociale et

même familiale, des comportements inadaptés, des idées erronées, des délires, des hallucinations, perturbation émotionnelle intense, perturbations d'humeur, une absence de rationalité, une désorganisation cognitive, et occasionnellement des violences, ainsi que des tentatives suicidaires.

Le contexte social et familial est fondamental dans la vie quotidienne du patient, que ce soit dans la période pré-maladie au moment de la rupture, ou plus tard en raison de certaines réactions négatives très fréquentes au début de la maladie, telles que la honte le jugement le désespoir, le déni et l'ignorance du trouble mental. Ces réactions peuvent causer des souffrances importantes dans l'entourage, et surtout lors de l'hospitalisation où le sujet réalise le dilemme difficile auquel sont confrontés les membres de la famille. (Pierron, 2015)

La relation entre les proches des personnes qui souffrent de troubles psychiques et les professionnels de la santé mentale a traversé différentes étapes au fil du temps. L'idée que les membres de la famille et le climat familial étaient à l'origine de la maladie psychique de leur proche a longuement contribué à la stigmatisation des familles.

Petsatod (2021) affirme que toutefois que le regard sur les proches a commencé à changer progressivement. Depuis quelques décennies, les proches sont considérés comme des alliés du patient et des soignants et leur intégration dans les soins prodigués aux patients est devenue indispensable.

Avec le mouvement de désinstitutionalisation, la famille sera perçue comme une source de solutions pour la personne atteinte de maladie mentale (**Lefley et Wasow, 1993**)

Cassel (1974) relate que les membres de famille jouent donc un rôle crucial dans la trajectoire de vie de leur proche malade et sont confrontés à des difficultés fréquentes. La famille se définit donc maintenant par un concept clé développé à cette époque, celui du « soutien familial » ce qui marque une distanciation importante avec la période précédente où elle représentait la source même des désordres psychiatriques.

D'autre part, le fait d'associer les familles au projet thérapeutique s'est révélé être une révolution dans la compréhension et le traitement des troubles schizophréniques, mais il est d'un maniement particulièrement délicat. Pour ce faire, les patients et leurs

familles, en séances communes, sont instruits sur la schizophrénie et ses traitements ainsi que sur les compétences en matière de communication et de résolution de problèmes. Cela permet une meilleure observance médicamenteuse du patient, ce qui entraîne un taux plus bas de rechutes.

Une étude faite sur 2981 sujets (méta-analyse sur 32 études) démontre que lorsque les programmes psychoéducatifs respectent certaines conditions de contenu et de durée, les taux de rechute des malades diminuent de 40%, et démontre l'amélioration de l'observance du traitement (méta-analyse sur dix études randomisées contrôlées sur 695 sujets). Il existe par ailleurs une efficacité sur la réduction du handicap, et également une amélioration de la qualité de vie de la famille. **(Petitjean et al., 2014, Pp 3-4).**

Actuellement, dans toutes les régions françaises, en Suisse, en Belgique et dans les pays du Maghreb, les résultats préliminaires indiquent une réduction du nombre de jours d'hospitalisation des malades qui suivent le programme dans l'année et une amélioration de l'humeur des familles. **(Petitjean et al., 2014, P4) ;**

En Algérie, les travaux de recherche effectués sur le sujet schizophrène est fondé sur le rôle de la famille dans la prise en charge d'un patient schizophrène lors de la discussion de l'hypothèse générale qui répond au questionnement sur le rôle de la famille dans la prise en charge du patient schizophrène. Il s'avère que la famille joue un rôle important envers son patient atteint. **(Amirouche et Yahiaoui 2015).**

De ce fait, la famille aujourd'hui est davantage pensée comme une ressource que comme une entrave à la guérison. Ce qui nous mène en toute logique à poser la question et proposer les hypothèses qui suivent :

Question :

- Quel est l'impact de l'environnement familial et social chez le sujet schizophrène ?

Hypothèses

L'impact est :

- Favorable pour certains sujet atteint de schizophrénie ;
- Défavorable pour d'autres.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de recherche

Préambule :

Après avoir abordé la partie théorique qui a permis d'expliquer la schizophrénie et son impact sur la famille, nous allons maintenant aborder la partie pratique de la recherche. Cette partie vise à décrire le déroulement de la recherche, y compris la méthodologie utilisée et les outils mis en œuvre, dans le but d'obtenir des résultats concrets.

Pour ce faire, nous avons opté pour la méthodologie suivante :

1. La méthode de recherche**1.1. La méthode clinique**

La méthode clinique est une démarche scientifique qui s'insère dans une activité pratique visant la production du savoir par le fait d'envisager le comportement dans la perspective propre du sujet, car elle est destinée à répondre à des situations concrètes du cas concerné. Elle est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas.

Elle est à l'origine, une démarche médicale qui permet de guider la pratique, en décrivant la manière d'être, et la manière d'agir d'un être humain, complexe en prise avec une situation. Elle vise alors la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements Il s'agit donc d'établir le sens, voir la structure et la genèse d'une certaine conduite, par déceler les conflits qui la motive, et pouvoir les comprendre. **(Chahraoui et Bénony, 2003, p11).**

La méthode clinique se base sur une observation approfondie des moindres détails en accordant une attention particulière à l'individu étudié dans le but de proposer une démarche thérapeutique (psychothérapie par exemple). **(Pedielli, 2020, p33).**

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. **(Fernandez et Pedielli, 2006. P.43).**

En effet, la méthode clinique fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entretien semi-directif. Même s'il n'est pas rare que les informations soient recueillies

par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs. (Gauthier, 2009, pp.199-200)

1.2. La méthode qualitative de recherche

Cette méthode se base sur le recueil des données verbales c'est-à-dire non mesurable qui vont par la suite être analysées et interprétées objectivement à fin d'obtenir une description complète, précise du sujet de recherche.

2. Le groupe de recherche

Notre étude se concentre sur le soutien familial et social chez des sujets schizophrènes. Nous avons mené notre recherche au sein de l'hôpital psychiatrique de Oued Ghir, où nous avons sélectionné trois cas présentant différentes formes de schizophrénie. L'ensemble des caractéristiques des sujets étudiés sont présentés dans le tableau ci-dessous :

Nom	Âge	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Durée de la maladie	Hospitalisation	Famille vivant avec	Membre présent (famille)
Mouloud	35	1er année CEM	Sans emploi	Célibataire	10 ans	2	Parent+frères+sœurs	Frère
Khelaf	37	7ème année	Maçon	Célibataire	08 ans	1	Parents+belle-mère+frères+sœurs+2 demi frères	Non accompagné
Athmen	42	6ème année primaire	Serveur dans un café	Célibataire	18 ans	Pas d'hospitalisation	Père+frère+sœur+la femme de son frère+ sa nièce	La femme de son frère + sa nièce

Tableau III.1. Caractéristiques des sujets schizophrènes

Nous observons, à partir de ce tableau, que les sujets étudiés ont un âge compris entre 35 et 42 ans et qu'ils sont tous de sexe masculin. La durée de la maladie varie également d'un cas à l'autre, allant de 8 ans pour le cas le plus récent à 18 ans pour le cas le plus ancien.

3. Le lieu de recherche

Le stage pratique s'est déroulé au sein du nouvel établissement, l'hôpital de psychiatrie de Oued Ghir à Bejaïa, au sein du service de psychiatrie des adultes. Cet hôpital a été créé en 2011 et a ouvert ses portes en 2022. Il est situé sur un terrain d'une superficie de quatre hectares (4 Ha) et dispose d'une capacité de 120 lits. Il comprend différents blocs tels que le bloc administratif, l'hôpital de jour, les blocs techniques, les urgences et l'admission, qui est une zone ouverte au public. Il dispose également d'une vaste aire de stationnement et de jardins réservés aux patients hospitalisés adultes et enfants en soins pédopsychiatriques.

L'établissement offre une gamme variée de services, comprenant la médecine générale, la chirurgie dentaire, le laboratoire d'analyse médicale, la radiologie, les soins infirmiers, la PMI (Vaccination), la pédopsychiatrie et le service de psychiatrie pour adultes.

Présentation du service

Le service de psychiatrie pour adultes comprend, à l'entrée, deux salles d'attente séparées pour hommes et femmes, ainsi qu'un coin dédié au service d'accueil. En continuant à droite dans le couloir, on trouve les bureaux des psychiatres et des psychologues. Au fond du couloir, sur la gauche, il y a une sortie qui mène vers le bloc d'hospitalisation comprenant 16 chambres. On y trouve également un bureau de surveillance pour les infirmières ainsi que deux agents de sécurité.

Capacité humaine

Au sein de l'hôpital, on compte : deux (02) psychiatres, trois (03) psychologues, quatre (04) agents de sécurité, un (01) médecin généraliste, un (01) chirurgien-dentiste, un (01) radiologue ainsi que des infirmières.

4. Les outils de recherches

4.1 L'entretien clinique de recherche

L'entretien clinique de recherche se définit comme “ une technique directe d'investigation scientifique utilisée auprès d'individus pris isolément, mais aussi dans

certains cas auprès de groupe qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de connaître en profondeur les informations". (Angers, 1997, p144).

Cet outil repose sur une communication verbale mais également non verbale qui permet d'avoir une situation d'interaction avec l'autre personne, c'est-à-dire une sorte de situation active, qui vise à récolter plus de données.

Un entretien est un outil privilégié, un dispositif de la méthode clinique irremplaçable et unique si on veut comprendre le sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés.

4.2 L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif est une technique qualitative où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées, mais pas formulées d'avance, ce guide constitue donc une trame à partir de laquelle le sujet étend et enrichit son récit. (Bénony et Chahraoui, 1999, p65).

Permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis préalablement et consignés dans un guide d'entretien, ainsi l'entretien semi directif donne la possibilité faire une collecte d'informations pertinentes.

4.3 Le guide d'entretien

Le guide regroupe l'ensemble des questions à poser ou des thèmes à aborder avec les éléments concernés par la recherche lors d'une entrevue. C'est une entrevue semi-dirigée, une technique qui contribue au développement de connaissances favorisant des approches qualitatives et interprétatives, car cette conversation ou dialogue entre deux ou plus, reste un moment privilégié d'écoute, d'empathie, d'attention, de partage, qui mène à établir une relation d'une juste distance, c'est-à-dire une relation porteuse de confiance et de respect. (Imbert, 2010, p 25).

Un guide est structuré selon le type d'entretien mené. Il porte l'attention sur l'expression propre de l'individu, en évitant de l'enfermer dans les questions du protocole prévu.

Concernant notre guide d'entretien utilisé pendant la période de stage, il a été conçu pour les sujets atteints de schizophrénie ainsi que les membres de leur famille. Le guide d'entretien était structuré en trois axes importants, qui étaient les suivants :

4.3.1 les informations générales du patient

Il regroupe toutes les informations de base concernant le sujet.

4.3.2 le premier axe : “la découverte de la maladie mentale pour la famille” comprend six questions visant à comprendre comment la maladie a été découverte, dans quelles circonstances et quelle a été la réaction de la famille face à cette découverte ;

4.3.3 Le deuxième axe : “le vécu psychologique du sujet schizophrène” est destiné au sujet lui-même. Il comprend huit questions permettant d'explorer comment le sujet vit sa maladie ;

4.3.4 Le troisième axe “ information sur le soutien familial et social” est également destiné aux familles. Il comprend neuf questions visant à comprendre comment la famille est présente pour le sujet et comment elle lui apporte son aide.

4.4 Le questionnaire de soutien social de (SSQ6)

Le questionnaire sur le soutien social (SSQ) est un questionnaire d'enquête quantitatif et psychométrique destiné à mesurer le soutien social et la satisfaction à l'égard du soutien social du point de vue de la personne interrogée. Créé par de Irwin Sarason il a été approuvé pour diffusion publique en 1981 par Sarason, Henry Levine, Robert Basham et Barbara Sarason du Département de psychologie de l'Université de Washington et se compose de 27 questions dans son format original ainsi qu'une version abrégée de 6 items, le SSQ6.

Cet outil, dans sa version américaine, permet d'évaluer de façon économique deux aspects très stables du soutien social perçu : la disponibilité et la satisfaction en 12 items.

- La disponibilité correspond à l'estimation par l'individu du nombre de personnes pouvant lui apporter une aide en cas de besoin.
- La satisfaction est l'adéquation perçue par l'individu entre le soutien reçu et ses attentes et besoins.

Ces dimensions sont conceptuellement distinctes. Ainsi, on peut être satisfait malgré un nombre réduit d'amis, familles et de relations et insatisfait même si ce nombre est important.

Le SSQ6 a été introduit et cette adaptation française a été validée sur un échantillon, de 348 adultes français et deux sexes, le teste a aussi été administré à 869 adultes français (303 femmes, 566 hommes) par Marilou Bruchon-Schweitzer et collaborateurs au laboratoire de Psychologie, Université de Bordeaux 2, dans un article paru dans : *Psychologie Française*, 2003, 48, 3, 41-53.

Le test a fait ses preuves en raison de ses excellentes qualités psychométriques (structure factorielle stable, consistance interne des échelles et la fidélité de test-restes.)

Méthode

Il s'agit d'un questionnaire à appliquer de façon individuelle. Pour chaque item, le répondant fait la liste des personnes sur lesquelles il peut compter dans la situation décrite de 0 à 9 personnes maximum sur lesquelles il peut compter en cas de besoin dans chacune des six situations évoquées en suite il est invité à son degré de satisfaction de 1 à 6 (1- très insatisfait, 6- très satisfait) vis à vis de ce soutien.

On calcule alors deux scores totaux, l'un de disponibilité (N=nombre de personnes citées) et l'autre de satisfaction (S= degré de satisfaction), qui correspondent respectivement à la somme des scores "nombre" (score N) et "satisfaction" (score S) obtenus à chacun des six items. Ainsi, le score N varie de 0 à 54 et le score S de 6 à 36.

Consigne

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) sur qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Vos réponses resteront confidentielles.

Cotation

1. Pour calculer le score de **Disponibilité**, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3,4, 5 et 6, puis le score total de disponibilité, **N** (somme de ces nombres) qui varie de 0 à 54

2. Pour calculer le score de **Satisfaction**, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait), puis calculer le score total de satisfaction, **S** (somme de ces scores) qui varie de 6 à 36.

5.La stratégie de recherche

5.1 La pré-enquête

Lors du premier entretien, nous avons rencontré un patient masculin âgé de 40 ans, hospitalisé, souffrant de schizophrénie désorganisée. Il avait déjà fait des tentatives de suicide et présentait des comportements agressifs.

Malheureusement, lors de l'entretien, les propos du patient étaient incohérents et il était difficile de le questionner. Il manifestait un stress aigu, une dépersonnalisation, une abstention à la parole et une mauvaise articulation ce qui limitait notre compréhension.

Le sujet suit un traitement médicamenteux quotidien comprenant trois types de sédatifs : Haldol, Largactil et Alprazolam, pris deux fois par jour

Selon nos observations et les informations recueillies auprès de la psychiatre, des infirmières et des agents de sécurité, la famille du patient ne se présentait pas lors des visites à l'hôpital. Seule sa mère était contactée pour lui apporter des vêtements.

Étant donné cette situation, il nous était pratiquement impossible de mener un entretien approfondi sur l'environnement familial et le soutien social du patient. Par conséquent, nous avons décidé, avec l'aide de la psychiatre, de travailler avec des patients sous traitement et stabilisés lors de leurs visites

5.2 Les conditions de la recherche

Notre stage pratique a duré 45 jours, du 12 mars au 26 avril 2023, au sein du service de psychiatrie pour adultes de l'hôpital de psychiatrie "Oued-ghir" à Béjaïa. Pendant cette période, nous avons travaillé avec des patients schizophrènes qui venaient en consultation ou en cas d'urgence, ainsi qu'avec ceux qui étaient orientés depuis l'hôpital "Frantz Fanon".

5.3 Le déroulement de l'entretien :

Afin de constituer notre groupe de recherche, nous avons personnellement contacté les familles de chaque sujet, ce qui nous a permis de fixer des rendez-vous spécifiques pour mener des entretiens avec elles.

La sélection du groupe de recherche a commencé par l'obtention d'un consentement éclairé de la part des familles de chaque sujet, afin que nous puissions appliquer notre guide d'entretien au sujet et à sa famille.

Le déroulement de l'expérience s'est fait comme suit :

Nous avons débuté par l'observation des familles accompagnant leur proche lors des consultations, ainsi que des membres présents en salle d'attente.

Par la suite, nous avons recueilli leurs coordonnées et les avons informés du but de notre recherche, en leur demandant s'ils étaient disposés à participer à un entretien ultérieur. Les entretiens ont eu lieu dans le bureau de la psychologue, où nous avons pu poser les questions préétablies tant au sujet qu'à sa famille.

Nous avons également obtenu leur consentement pour enregistrer vocalement les entretiens, ce qui nous a grandement facilité la tâche lors de la rédaction et de la présentation d'un compte rendu descriptif de chaque sujet

Conclusion

Pour mener à bien notre recherche, nous nous sommes concentrés sur ce chapitre méthodologique, en utilisant l'étude de cas comme méthode descriptive. Pour collecter les données, nous avons utilisé deux outils d'investigation : l'entretien clinique de recherche et le questionnaire du soutien social SSQ6.

Chapitre IV

Présentation et analyse des cas

1. Présentation du N° 1 : le cas de Mouloud

1.1. Présentation générale du cas :

Il s'agit d'un homme âgé de 35 ans, célibataire, ayant un niveau d'instruction CEM. Il est atteint de schizophrénie depuis 10 ans.

Le sujet est le dernier d'une fratrie de 12 enfants, comprenant 8 sœurs et 4 frères. C'est une famille nombreuse mais très unie, qui fait preuve d'une grande compréhension envers **Mouloud** et sa maladie. Ils se montrent très attentionnés, comme en témoigne leur présence remarquable lors de ses rendez-vous. Ses deux grands frères, sa belle-fille, sa sœur et sa mère l'accompagnent systématiquement, ce qui témoigne d'une famille chaleureuse qui communique régulièrement au sujet de la situation.

Selon le frère et la sœur de notre sujet, cette maladie mentale a commencé par la manifestation de comportements bizarres, tels que l'isolement où il ne voulait parler à personne, des épisodes d'agitation et de violence soudaine et inattendue envers sa mère, allant jusqu'à essayer de la frapper. De plus, il présentait des symptômes tels que des hallucinations visuelles et auditives. Le frère du malade affirme qu'il voyait quelqu'un à la maison qui se cachait, et il avait toujours peur des flaques d'eau présentes par terre. « *itedou selkhouf goukhem, iqariyid athen ah athen !!! Itaged daghen amen gelqa3a itmajinid lehwayej s le replet ni idkhedmen wamen* ».

Mouloud a commencé à moins se soucier de son apparence et de son hygiène. Il ne prenait plus de douches et refusait de se raser, ce qui lui a valu une barbe négligée. Il portait aussi les mêmes vêtements pendant plusieurs jours.

La première consultation a eu lieu après un an et demi, ce qui est considéré comme une intervention tardive. Au départ, la famille avait des croyances erronées concernant la santé mentale de Mouloud. Ils pensaient qu'il s'agissait de "Elweswes" qui se résoudrait avec une "Roqya".

Pendant l'entretien clinique, sa famille disait qu'ils pensaient que la situation était juste une période de une crise passagère qui finirait par disparaître, ou qu'elle était due au

mauvais œil. « nenwa itweswis ken, negh tit nenayes d le jeune teswihth ken at3edi asednerqo adires ».

On a également constaté que la tante de Mouloud souffrait de la même maladie.

Le frère de Mouloud a partagé que la présence de cette psychose a perturbé toute la famille. Ils étaient tous inquiets pour sa sécurité et stressés concernant sa santé mentale et son avenir. « Net3aseth ken nouged adikhdem kra, walah ar thqelqagh la maladie ayi ynes grave ».

Le frère de Mouloud nous a avoué qu'il arrivait parfois que, pendant qu'ils étaient en voiture, Mouloud frappait la personne assise à côté de lui sans aucune raison. Il a souligné que cette situation était très dangereuse car les coups étaient imprévisibles, “ *des fois mathawighu didi en voiture ou3elmegh ara ama yewthayid aken nehreggh gebrid*”.

Nous avons remarqué que le soutien familial était élevé, et que l'entourage du patient Mouloud jouait le rôle d'un environnement favorable, protecteur où chaque membre de la famille avait une tâche à accomplir.

La mère veille à la prise des médicaments selon la posologie médicale prescrite, tandis que le frère et la sœur s'occupent des rendez-vous chez le psychiatre. Le frère prend soin de la sécurité de Mouloud à l'extérieur de la maison, organise des sorties où il parvient à communiquer avec lui plus facilement qu'à la maison. Il s'occupe également de sa toilette, en lui coupant les cheveux et en lui rasant la barbe à la maison.

C'est un sujet schizophrène qui a fait deux tentatives suicidaires en essayant de se jeter du balcon, ce qui a entraîné deux hospitalisations. La première hospitalisation a duré une semaine, pendant laquelle il a reçu des calmants. La deuxième hospitalisation a duré un mois, et il a régulièrement reçu des visites de sa famille.

À présent, les symptômes pathologiques chez Mouloud ont considérablement diminué, selon son frère. On observe une certaine stabilité, une conscience et une cohérence dans sa pensée et ses comportements.

« Un grand changement toura, tawighth ikhedem didi thivhirth, nhader lwahi comme deux hommes mâturé, tora il est conscient i3lem dachou igelen des fois i3lem slehwayej khiriw, même ouydiketh ara thora mathawigh en voiture ». Cela a également entraîné une diminution des doses de médicaments, passant de 65 g à 50 g. Les efforts de réinsertion sociale et de réhabilitation sont récents, mais ils montrent des résultats positifs encourageants chez le sujet schizophrène.

1.2. Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

À travers le contenu des données, et l'échange riche qu'on a pu développer durant l'application du guide d'entretien avec la famille et le sujet lui-même. Nous avons pu confirmer que les déclarations faites par les membres concordent avec les résultats obtenus et observés pendant la pratique concernant le soutien familial et social chez le patient.

Nous confirmons également que l'entourage joue un très grand rôle positif, et que son impact durant l'accompagnement du malade prouve qu'il s'agit d'une famille qui représente un environnement favorable par sa compréhension, le confort qu'elle offre au sujet schizophrène, la sécurité, la communication, l'attention, la protection ...etc. Ce qui a encouragé les progressions chez Mouloud, car à présent il travaille sur sa réinsertion en société.

1.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle SSQ6:

Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total %
Disponibilité	3	1	5	2	1	1	13	24,07
Satisfaction	6	5	5	6	4	5	31	86,11

Tableau IV.1. Résultats de l'échelle de SSQ cas N°1.

Les résultats de ce questionnaire nous montrent un niveau moyen de perception de la **disponibilité** de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une

aide en cas de besoin, présentant un score de 13/54 (un pourcentage de 24,07%), alors que les résultats de **la satisfaction** du soutien perçu indiquent un niveau assez élevé avec un score de 31/36 (un pourcentage de 86,11%).

Le cas de Mouloud bénéficie d'un soutien familial assez présent, en particulier grâce à la disponibilité de son grand frère. La présence des membres de sa famille dans certaines situations lui procure une satisfaction élevée, avec un score de 86,11%.

➤ **Synthèse du cas N°1**

L'analyse du contenu de l'entretien et de l'échelle SSQ6 démontre que notre cas d'étude, Mouloud, est assez satisfait de certaines personnes de son entourage. Cela suggère qu'il bénéficie d'une attention et d'une bonne compagnie, ainsi que d'une protection et d'un soutien de la part de son frère, sa sœur, sa mère et son père en général. Le sujet s'est montré un peu timide, mais cela n'a pas empêché de constater la complicité avec son frère et de comprendre la peur de sa famille pour lui. Cette recherche a révélé que la famille de Mouloud représente un environnement favorable pour lui.

1. Présentation du N° 2 : le cas de Khellaf

1.1. Présentation générale du cas :

Khellaf est un homme âgé de 37ans, célibataire, il a un niveau d'instruction de 7^{ème} année, exerçant à présent le métier de maçonnerie.

Il est le troisième enfant d'une famille de six enfants, avec deux sœurs et quatre frères dont deux sont des demi-frères issus du remariage de son père. Ils vivent actuellement tous ensemble dans la même maison avec Khellaf et sa mère.

La maladie mentale a débuté il y a huit ans, en 2014, avec l'apparition de symptômes tels que des maux de tête intenses, des crises de nerfs, des perturbations et une détérioration marquée de l'hygiène, entre autres. Il a été diagnostiqué comme schizophrène en 2016.

D'après l'entretien que nous avons mené et les informations recueillies auprès des spécialistes du service psychiatrique, la psychose chez le cas de Khellaf s'aggrave de plus en plus, se manifestant par des comportements violents et une agressivité envers les membres de sa famille. Il a également tendance à s'isoler lorsque des problèmes surgissent dans son environnement familial. Il mentionne : "Depuis toujours, chaque matin je me lève en entendant des disputes à la maison, entre mes parents, les deux femmes, mes frères.", « *kolyom d les problèmes, adekreggh ken adafegh tnaghen t3ayiten, baba, lkhaletth ni, ayethma* ».

Le sujet exprimait qu'il n'avait jamais ressenti un sentiment d'appartenance à cette famille et qu'il ne recevait aucune affection de la part de sa mère « *ustheqaret ara dimawlaniw, gesmi idechfigh meziyegh jamais husegh slehnana n yema, gukhem ken aka zediyeth sawjaded lmakla bien et tout* ».

Nous avons observé une grande insatisfaction de la part de Khellaf envers sa famille, ce qui a déclenché une crise de larmes pendant l'entretien. De plus, nous avons remarqué qu'il faisait constamment référence au chanteur Matoub Lounès, en détaillant son histoire, sa relation avec sa femme, son parcours, ses chansons, ses ennemis, ainsi que les événements marquants de sa vie, y compris sa mort. Khellaf manifestait une admiration pour le courage de cet artiste. Il démontrait également une capacité de mémorisation étonnante en nous racontant les événements de la vie de Matoub avec précision, en mentionnant les lieux et les années correspondantes.

La situation familiale du sujet a été une source de conflits et de tensions qui l'ont poussé à éviter de rester à la maison. Il préfère s'isoler et se réfugier dans l'alcool et la drogue, une habitude qu'il a développée depuis son jeune âge. « *gzik tkeyifegh, mis3igh 16 ans ar thora, heftegth g thaderth* ».

Le traitement prescrit par le psychiatre pour le sujet consiste en la prise d'une dose par grammes de Rispal, à consommer par voie orale (1 la nuit et ½ le matin).

Khellaf ne suit pas son traitement médical de manière adéquate, principalement en raison de sa consommation d'alcool en parallèle et de son désir d'arrêter le traitement. Selon ses dires, il estime que le médicament l'empêche d'être lui-même et de réaliser ses souhaits, et qu'il provoque une perturbation dans sa tête. « *tregiyi lmekhiw, mateswegh ostheqaret ara dneki, thqalqiyi, ines ayethavsit* ».

Le cas schizophrène a été hospitalisé pendant 17 jours en 2017 à la suite d'une crise sérieuse qui s'est déclenchée brusquement. Elle s'est caractérisée par une déstabilisation de l'état mental et des hallucinations auditives. Selon le sujet, il a entendu les gens, y compris les voisins de son village, se moquer de lui et le qualifier d'orphelin. « *derya ntaderthiw, slighasen miseqaren miss oyoujil* ».

Pendant son séjour au bloc d'isolement, il se demandait qui étaient ses parents, « *adeqimegh ken adethoufugh, qareghas menhou idimawlaniw thoura neki ?* ».

On a pu relever une partie très sensible et émotionnelle lors du discours de Khellaf, concernant ses frères. Il leur reproche leur absence lorsqu'il avait le plus besoin d'eux, et il dit que leur soutien actuel, après avoir été diagnostiqué schizophrène, n'a aucune signification pour lui, « *iwech asmi interagh oudoufigh hed zathi, thoura mi almen halkegh Ze3ma des fois seqsayend feli, menho adafegh à part ayethma normalement ? Besah nohni cheghlen del3amrense ken* ».

Il a également proféré des menaces de mort envers quiconque l'énervait ou le rendrait malheureux « *Goulegh, adi3awed hed ayijreh negh ayisefqe3, atheyregh sedew wakel* ».

Le patient se rend généralement seul à ses rendez-vous chez la psychiatre et la psychologue et rarement accompagné d'un de ses frères.

Khellaf exprime maintenant le désir de se réintégrer socialement, de fonder une famille et d'avoir une stabilité qui lui permettrait de travailler normalement pendant la journée, sans ressentir de malaise.

1.1. Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

Le sujet présentait durant l'entretien une forte implication émotionnelle lorsqu'il abordait certaines questions relatives à sa situation familiale.

Le patient était très à l'aise et s'exprimait ouvertement, abordant d'autres sujets sans qu'on lui demande, tels que ses préoccupations et des détails supplémentaires. Cela indique que le contexte de l'échange était bien développé, englobant différentes dimensions telles que l'émotionnelle, relationnelle, sociale, psychologique et même culturelle. Cette approche nous a permis d'analyser la situation, l'entourage et de mieux interpréter les conditions du patient. Nous avons constaté qu'il y avait une certaine négligence de la part des membres de la famille concernant la maladie du patient ce qui a un impact négatif sur sa santé mentale. Il s'agit donc d'un environnement défavorable.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle SSQ6 :

- Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	0	0	2	0	0	0	2	3,70
Satisfaction	2	2	5	2	2	2	15	41,66

Tableau IV.2. Les résultats de l'échelle de SSQ

Les résultats de ce questionnaire nous montrent un niveau très faible et quasi inexistante de perception de la **disponibilité** avec un score de 02/54 (un pourcentage de 3,70%), alors que les résultats de **la satisfaction** du soutien perçu indiquent un niveau lui aussi faible avec un score de 15/36 (un pourcentage de 41 ;66%).

Comme on peut le constater ci-dessus à travers l'entretien et surtout les résultats du tableau, le patient hormis deux de ses amis qui sont présents à de rares occasions à ses côtés et lui procure une certaine satisfaction le patient est souvent seul, sa propre présence néanmoins lui procure une certaine satisfaction bien que faible.

➤ Synthèse du cas N°2

On constate chez notre sujet Khellaf une décharge émotionnelle lors de l'analyse de l'entretien ainsi que de l'échelle d'évaluation SSQ. En guise de conclusion, les résultats obtenus démontrent un déni et une négligence de la part de la famille envers Khellaf et sa maladie mentale. Il est clair que le sujet ressent une insatisfaction quant au soutien familial, car il évolue dans un environnement défavorable en tant que schizophrène.

1. Présentation du cas N° 3 : le cas de Athmen

1.1. Présentation générale du cas :

Le sujet est un homme âgé de 42 ans, l'aîné d'une fratrie de 4 sœurs et 3 frères. Sa mère est décédée, et il est célibataire. Il souffre de schizophrénie depuis 18 ans. En ce qui concerne son niveau d'éducation, il a interrompu ses études en 6ème année primaire.

Athmen fait partie d'une famille nombreuse et vit avec son père, son frère marié et leur fille, qui est souvent présente avec lui.

L'entretien s'est déroulé une après-midi avec la femme du frère d'Athmen et leur fille. Après avoir expliqué le but de cet entretien, elles ont accepté de répondre à nos questions et ont fait preuve d'une grande coopération. Afin de faciliter leur compréhension, nous avons traduit le guide d'entretien en kabyle.

Lorsque nous avons voulu obtenir des informations sur la maladie, la famille avait de nombreuses théories et croyances à partager. « *nenwayass itwazdey, nay yetfith ele wass was , d9i9a youyal yetguadh* » On croyait qu'il était possédé , ou bien qu'il était une hanté. D'un jour à l'autre, il s'est mit à ressentir de la peur.

« *yiwen wass iwlad gu l9ahwa n sidi ahmed ikhla3 3la djal n la police ni dinna , lavoud talinid thoufoun fwidak ni iytkyifen , la drogues ikel, mais netta jamais ytouchit Ya3ni , oulach dachu adhyaguadh* » Un jour, il est rentré du café où il travaillait à Sidi Ahmed et il avait peur de la police qui venait arrêter ceux qui consommaient de la drogue là-bas. Mais lui, ne fumait pas, il n'avait jamais touché à la drogue, il n'y avait pas de quoi avoir peur.

Lorsqu'on leur a demandé comment le diagnostic de la maladie a été annoncé, la famille nous a expliqué que c'est un médecin de l'hôpital qui les a orientés vers une institution psychiatrique. « *nella nwith y tviv ouqroy lavouda nenwayass d kra miyyli fouqroy iss déjà , oumbe3 tviv ni inayaghed awimt gh l'psychiatre* » Au début, nous l'avons emmené chez un médecin pour vérifier s'il avait un problème au crâne en raison d'une chute qu'il avait subie. Cependant, le médecin nous a informés qu'il n'y avait pas de problème physique et qu'il fallait plutôt le diriger vers une institution psychiatrique.

Pour les personnes présentes lors du diagnostic, il y avait son père, la femme de son frère et sa fille. Leur réaction face au diagnostic était certes triste, mais pas surprenante car ils avaient déjà remarqué que certains symptômes étaient présents chez la tante maternelle de Athmen. « *asmi iydyenna tviv achu ithwghen , nehzen bsah n3lem d kra akkayi lavouda khaltiss akka istetra dayen* »

Quand on lui a demandé comment il a vécu cette maladie, il nous a dit qu'au début, il pensait que c'était une maladie du colon « *mi iytdad nwiyyass d kra ylan g u 3bout iw , nwichass helkegh l colon* » , Il nous a dit qu' il a accepté sa maladie « *lah ghaleb, c'est normal* » , c'est ce que Dieu veut.

En ce qui concerne la famille, le sujet nous fait comprendre que tout se passait bien « *wahi la famille , wallah bien hamdullah , ouyikhoss kra didssen shoussayey imaniw bien, koulech bien* » je ne manque de rien avec eux je me sens bien. Concernant le traitement, le patient réagit plutôt bien « *dwawith iw tsseghthent l3alit , asma ahntssough ouhdray ara bzaf , (rigole) maqar adhsst3foun chwiya* » Quand je prends mes médicaments, je ne parle pas trop (rigole) il vont enfin pouvoir respirer.

En ce qui concerne sa situation familiale, le patient nous informe qu'ils sont assez proche « *ih nemiqrav yaranagh ntyimay lwahi tisswi3in* » oui on est proche , on est souvent ensemble. La famille aussi est du même avis « *nheder dides , ithibi adihdher , yetassed itqssir didney ihkoyaghed achu ykhdem* » on discute avec lui , il aime parler, il vient nous voir pour nous raconter ce qu'il fait « *tinna wahi menhu iysifham mlh d'' Ryma''* » celle avec qui il s'entend bien c'est Ryma , « *ayen yellan adhy3na Ryma* » il va toujours vers Ryma quoi qu'il arrive.

«*nt3awanith adhiq3ed imaniss , nessendahith chwiya , ntafkass adhisew dwa yness asma atishou ntqssir yidhess* » on l'aide à se sentir mieux, on lui rappelle de prendre ses médicament quand il les oublie .

«*asma adhytroh gh tviv d nekni et des fois itawithid ymass* » Quand il a une consultation, c'est nous qui l'emmenons ou parfois son frère.

En ce qui concerne les amis et les personnes en dehors de la famille, tout se passe bien «*men ghir la famille thibint ikel , anda yella ikhdem zikh ni gul qahwa itroh ar dinna itqssir didssen bien mais machi kther n waka, tqssiren kan dides* » en dehors de la famille il est très apprécié par les gens au café où il travaillait mais sans plus, ils discutent juste avec lui.

1.1. Présentation et analyse des données du guide d'entretien :

A travers nos questions posées au patient ainsi qu'aux membres de sa famille présents, le dialogue s'est déroulé de manière fluide et nous avons pu recueillir des informations précieuses sur la maladie et son origine. Nous avons également constaté que les membres de la famille étaient présents et apportent un soutien significatif au patient. La famille joue un rôle important dans ce cas, ce qui a un impact positif sur l'évolution du patient et sa réintégration sociale.

1.2. Présentation et analyse des résultats de l'échelle SSQ :

- Les résultats du cas sont résumés dans le tableau suivant :

	1	2	3	4	5	6	Total	Total%
Disponibilité	1	2	1	3	1	3	11	20,37%
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100%

Tableau IV.3. Les résultats de l'échelle de SSQ

Les résultats de ce questionnaire nous montrent un niveau moyen de perception de la **disponibilité** de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, présentant un score de 11/54 (un pourcentage de 20,37%),

néanmoins les résultats de **la satisfaction** du soutien perçu indiquent un niveau complet avec un score de 36/36 (un pourcentage de 100%).

Le sujet **Athmen** est un patient assez soutenu par sa famille, notamment la fille de son frère **Ryma** qui est souvent disponible pour lui. Le patient peut compter sur la présence et l'assistance des membres de sa famille, ce qui se traduit par un niveau élevé de satisfaction dans les différentes situations évoquées dans les items (avec un score de 100%).

➤ Synthèse du cas N°3

À fin d'ajuster les résultats obtenus par l'entretien et l'échelle, nous pouvons conclure que le patient schizophrène Athmen est extrêmement satisfait de son environnement familial. Les membres de sa famille se montrent compréhensifs, chaleureux, serviables, attentionnés et protecteurs envers lui. Plus particulièrement, sa relation avec sa nièce Ryma est très solide.

Cette forte satisfaction se reflète clairement dans les résultats de l'échelle, ce qui confirme que l'environnement dans lequel évolue Athmen est favorable pour lui.

Discussion générale des hypothèses :

Dans notre étude portant sur un groupe de recherche composé de 3 hommes atteints de schizophrénie, nous avons analysé les résultats des entretiens et des évaluations SSQ6 appliqués à chacun d'entre eux. Nous avons constaté deux perspectives différentes concernant leur environnement : Athman et Mouloud ont bénéficié d'un environnement favorable caractérisé par un haut degré de disponibilité et une satisfaction élevée, tandis que Khelaf a connu un environnement défavorable avec un niveau de disponibilité et de satisfaction nul.

A l'aide de nos résultats obtenus concernant nos hypothèses sur l'impact du soutien familial et social, on en a déduit que :

- L'environnement est favorable pour certain sujet.
- L'environnement est défavorable pour d'autres.

Sur la base des résultats de notre recherche, nous avons confirmé nos hypothèses initiales concernant l'impact du soutien familial et social. En effet, l'environnement joue un rôle déterminant sur le bien-être des sujets schizophrènes. Plus précisément, nos résultats ont révélé qu'un environnement favorable était associé à des améliorations significatives de la qualité de vie et du rétablissement chez certains sujets.

Ces individus bénéficiaient d'un soutien adéquat, de relations sociales positives et de ressources favorables à leur rétablissement. Cependant, il convient de noter que notre étude a également mis en évidence que certains sujets schizophrènes étaient confrontés à un environnement défavorable, caractérisé par un manque de soutien social, des conflits familiaux ou une stigmatisation accrue, pour ces individus, la détérioration de l'environnement était associée à des conséquences néfastes sur leur bien-être psychologique et leur capacité à gérer leur maladie.

Ces résultats soulignent l'impact et l'importance d'un environnement favorable pour favoriser le rétablissement des sujets schizophrènes.

Il est essentiel de mettre en place des politiques et des interventions visant à promouvoir un environnement favorable, en favorisant l'accès aux soins de santé mentale, en renforçant les réseaux de soutien social et en luttant contre la stigmatisation associée à la schizophrénie.

En conclusion, notre recherche confirme l'importance et l'impact d'un environnement favorable dans la prise en charge des sujets schizophrènes, ceci en identifiant les facteurs environnementaux qui influencent positivement le rétablissement, nous pouvons contribuer à améliorer la qualité de vie de ces individus et à favoriser leur intégration sociale.

Ce qu'on peut finalement dégager de cette discussion est que notre première hypothèse « l'environnement est favorable pour certain sujet » a bien été confirmée et cela est dû aux outils utilisés et aux analyses effectuées.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion générale

L'originalité de notre recherche intitulé « l'impact du soutien familial et sociale chez le sujet atteint de schizophrénie » est portée sur l'impact de l'environnement familial chez un sujet schizophrène, le soutien et la relation que l'entourage pourrait apporter au membre atteint de la maladie en dehors du traitement médicamenteux.

Ce mémoire a exploré différents aspects de la schizophrénie, mettant en évidence sa complexité et ses répercussions sur la vie des individus qui en sont touchés. À travers une revue approfondie de la littérature, une analyse des données et des résultats de notre recherche, nous avons pu examiner les facteurs qui contribuent à la schizophrénie, les approches de traitement et de prise en charge, ainsi que l'importance du soutien familial et d'un environnement favorable. Par la suite, le constat a été fait sur de nombreuses études qui s'intéressent au bien-être d'un sujet schizophrène, quand l'environnement se trouve favorable. Ces dernières, démontrent que la famille est le pilier et le facteur de guérison qui s'associe dans le traitement psychiatrique.

Notre étude a confirmé l'importance de considérer la schizophrénie de manière holistique, en tenant compte à la fois des aspects biologiques, psychologiques et environnementaux. Nous avons constaté que la schizophrénie est un trouble complexe et multifactoriel, avec des manifestations uniques chez chaque individu, les approches de traitement, telles que la pharmacothérapie, les thérapies psychosociales et le soutien familial, jouent un rôle essentiel dans la gestion des symptômes, le rétablissement et l'amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes.

Notre étude repose sur l'hypothèse que l'environnement, notamment le soutien familial, a un impact sur les sujets schizophrènes. Il peut améliorer leur santé mentale et leur situation, mais également les dégrader en cas de manque de soutien, de déni ou de négligence, pouvant même conduire à l'abandon.

Pour mener à bien cette recherche, nous avons mis en place une méthodologie comprenant des outils qualitatifs tels que l'échelle SSQ pour évaluer la disponibilité des personnes et la satisfaction du sujet par rapport à celle-ci, ainsi qu'un entretien semi-directif basé sur un guide d'entretien. Cela nous a permis de nous rapprocher de

l'échantillon afin de recueillir un maximum d'informations et de mieux appréhender le vécu du malade et de son entourage vis-à-vis de sa maladie.

Nous avons par la suite présenté, analysé puis discuter nos résultats selon nos hypothèses. Cela nous a permis de constater que le rôle d'un environnement favorable est primordial dans le traitement des sujets schizophrènes, y compris pour les spécialistes qui doivent obtenir une bonne orientation en s'entraïdant avec la famille concernée.

Grâce à nos données qualitatives, nous avons pu développer cette idée en montrant que certains schizophrènes se sentent seuls, incompris et insatisfaits lorsqu'ils sont confrontés à un environnement défavorable, tandis que d'autres expriment leur satisfaction et se sentent acceptés et protégés par leur entourage, démontrant ainsi un environnement favorable pour eux.

L'impact environnemental ne se limite pas à l'annonce de la maladie, il influence tout le vécu ultérieur de la souffrance psychique, s'aggravant souvent lors des périodes d'isolement (hospitalisation) en cas de crises de violence, d'agitation, d'instabilité ou de tentatives suicidaires, qui sont considérées comme les moments les plus délicats nécessitant une stabilité familiale.

Nous avons débattu des résultats, certains éléments présentant des perturbations. La timidité et la sensibilité émotionnelle ont été principalement abordées, tandis que les éléments positifs ont été centrés sur le renforcement du lien, car les schizophrènes ont exprimé un grand soutien de la part de leur famille proche.

Nous avons également noté une grande volonté chez les sujets de se réinsérer socialement, de reprendre une vie professionnelle normale et de fonder une famille. Ainsi, notre hypothèse selon laquelle un environnement favorable pour certains sujets a été confirmée, ce qui souligne l'importance du soutien familial positif.

Nous aurions aimé aborder une réflexion diversifiée dans cette étude, mais malgré les limites rencontrées, nous espérons que d'autres étudiants ou chercheurs enrichiront et approfondiront le travail sur cette thématique, en prenant en compte les situations cliniques singulières afin de proposer les meilleures pistes d'amélioration des suivis.

Cependant, nous avons remarqué que la façon d'être ensemble au sein d'un système où l'on retrouve un membre schizophrène est très peu abordée. L'interrogation sur la façon dont le sujet schizophrène vit sa séparation avec son entourage lors de son hospitalisation, par exemple, pourrait être explorée.

En conclusion, cette étude exploratoire, bien que simple, a été une expérience enrichissante en termes d'apprentissage sur le plan humain, personnel et interpersonnel. Elle nous a permis d'acquérir et de développer des compétences bénéfiques à long terme.

Liste bibliographique

- Addi H. (1999). Les mutations de la société algérienne, famille et lien social dans l'Algérie contemporaine. Paris : La découverte.
- Amado, I., Alexandre, C. & Prost, Z. (2014). Remédiation cognitive dans la schizophrénie : des principes à sa mise en œuvre. *Le Journal des psychologues*, 315, 16-22. <https://doi.org/10.3917/jdp.315.0016>
- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*.
- Angers, M, 1997, initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines,Alger,by Casbah Université ,.
- Azoulay, C. (2013). Approche psychopathologique et clinique de la schizophrénie. Dans : Catherine Chabert éd., *Les psychoses: Traité de psychopathologie de l'adulte* (pp. 235-307). Paris: Dunod. <https://doi.org/10.3917/dunod.chabe.2013.03.0235>
- Azoulay.C, Chambert.C, Gortais.J, Jeammet.PH, (2005) processus de la schizophrénie .Paris : Dunod.
- Bantman, P. (2005). La famille comme « partenaire thérapeutique ». *Che vuoi*, S01, 49-60. <https://doi.org/10.3917/chev.hs01.0049>
- Bantman, P. (2013). *L'information psychiatrique*, 89, 379-383 . <https://doi.org/10.1684/ipe.2013.1072>
- Battal-merlet.L, 2019, contribution à la mémoire épisodique dans la schizophrénie,Paris
- Baud.P, 2003, Contribution à l'histoire du concept de schizophrénie, thèse N° Méd. 10339, Université de Geneve, doi: 10.13097/archiveouverte/unige:205.
- Benali, R. (2005). Education familiale en Algérie entre tradition et modernité. *Insaniyat*.
- Besancon, G. (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.
- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris : E.P.E.L., G.R.E.C

- Bonnefoy.A, La schizophrénie et les antipsychotiques injectables à action prolongée : optimisation et coordination de la prise en charge de l'hôpital à l'officine. Sciences pharmaceutiques. 2019. ffdumas02437968
- Caron, J., Mercier, C., Martin, A. E., & Stip, E. (2006). Le rôle du soutien social, du fardeau familial et de la satisfaction des services dans la détresse psychologique et la qualité de vie des familles de personnes souffrant de schizophrénie. *Santé Mentale Au Québec*. <https://doi.org/10.7202/012144ar>
- Carpentier, N. (2001). Le long voyage des familles : la relation entre la psychiatrie et la famille au cours du XXe siècle. *Sciences Sociales Et Sante*, 19(1), 79–106. <https://doi.org/10.3406/sosan.2001.1514>
- Castillo, M. & Plagnol, A. (2016). Le regard sur les familles de personnes schizophrènes : histoire et perspectives. *PSN*, 14, 53-67. <https://doi.org/10.3917/psn.141.0053>
- Contributeurs aux projets Wikimedia. (2023b). Famille. *fr.wikipedia.org*. <https://fr.wikipedia.org/wiki/Famille#:~:text=La%20famille%20est%20%3A,vi vant%20sous%20le%20m%C3%AAme%20toit>.
- Chahraoui, Kh. & Bénony, H. (2003). Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique. Paris : Dunod.
- Davtian, H. & Scelles, R. (2013). La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ?. *L'information psychiatrique*, volume 89(1), 73-82. doi:10.3917/inpsy.8901.0073.
- Deniker, P., Lempérière, T., & Guyotat, J. (1990). *Précis de psychiatrie clinique de l'adulte*. Paris:Masson.
- Djennane,N, .Kared,S..(2018). *La Dynamique Familiale des Patients Schizophrènes (Mémoire de fin de cycle)*. Université de Bejaïa.
- Dollfus.S, Les schizophrénies, 2019, Lavoisier, Paris
- Dominice.B, Influence de la consommation de cannabis sur les troubles psychotiques,2022, université de limoge.
- Erb.A, Des neuroléptiques au antipsychothiques,2018, https://www.ch_rouffach.fr
- Engels.F, L'Origine de la famille, de la propriété privée et de l'État, 1893 (1re éd.

1884),

<https://www.marxists.org/francais/engels/works/1884/00/fe18840000.htm> Paris, Carré,

- Favard, T. & Dealberto, M. (2015). Risque accru de schizophrénie et de psychose chez les immigrés. Données françaises. *L'information psychiatrique*, 91, 118-128. <https://doi.org/10.1684/ipe.2015.1302>
- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41-51. doi:10.3917/rsi.084.0041.
- Godfryd, M. (2005). *Vocabulaire psychologique et psychiatrique*. Presses Universitaires de France. <https://doi.org/10.3917/puf.godfr.2005.01>
- Gofryd, M., (1994). *Les Maladies Mentales de l'Adulte*. Paris : Puf.
- Haouzir, S., & Bernoussi A., (2010). *Les schizophrénies*. Paris : ArmandColin.
- Imbert, G. (2010). L'entretien semi-directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. *Recherche en soins infirmiers*, 102, 23-34. <https://doi.org/10.3917/rsi.102.0023>
- Chahraoui. K et Bénony. H, 2003, méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, paris dunod.
- Lalonde P. et Boucher. L, la famille du schizophrène : interférente ou alliée, 1982,santé mental au Québec <https://www.erudit.org>.
- Larivière, M. (2021). *Une souffrance silencieuse : analyse critique des représentations gouvernementales institutionnelles de la souffrance psychique au Québec (1989-2015)*. <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/25154>
- Larousse, É. (n.d.). *Définitions : famille - Dictionnaire de français Larousse*. <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/famille/32798>
- Llorca.PM,2004, la schizophrénie, encyclopédie orphanet, <https://www.orpha.net>
- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). CIM-10-ICD-10, critères diagnostiques pour la recherche, classification internationale des maladies. Paris : Masson.

-
- Pedinielli, J., Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Armand Colin.
 - Pirson.O,Detrau.J et al la schizophrénie dans la famille, 2012, supplément neurone, vol.17 <https://www.medtunes.org>.
 - Rector, N. Stolar;A , & Grant, P. (2011). *Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy*. Guilford Press.
 - Roussel.C,2006, Le processus de réhabilitation des patients atteints de schizophrénie , université de Gonoble, thèse.
 - Benharrats S., la famille face aux troubles mentaux de son membre malade, 2017, journal nafssaniat <https://www.researchgate.net>.
 - Sillamy, N. (2010). *Dictionnaire de psychologie*.
 - Vanelle, J., Volkaert, M. & Sauvaget, A. (2012). 3. Concepts nosologiques voisins des schizophrénies. Dans : Jean Daléry éd., *Pathologies schizophréniques* (pp. 29-36). Cachan: Lavoisier. <https://doi.org/10.3917/lav.daler.2012.01.0029>

Annexes

ANNEXE 01: Guide d'entretien au sujet et sa famille.**- Information générale**

- Nom, prénom, âge, niveau d'instruction, situation professionnelle, situation familiale et nombre d'individus dans la famille.

- Axe 1. La découverte de la maladie mentale pour la famille

- Comment avez-vous découvert sa maladie ?
- Comment le diagnostic vous a été annoncé ? Et par qui ? En présence de qui ?
- Quelle était votre réaction ? Et de quelle manière votre entourage proche (autres membres de la famille, amis, collègues...etc) ont-ils réagi ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes psychiques ou de santé en général dans votre famille ? Quand ? Et quel genre de maladie ?
- Y a-t-il quelqu'un de votre famille atteint de cette même pathologie ?
- Depuis quand est-il/elle atteint de cette maladie ?

- Axe 2. Le vécu psychologique du sujet schizophrène

- Comment avez-vous vécu la survenue de cette maladie ?
- Y a-t-il des changements à ce niveau depuis ? Comment ? Et dans quels aspects ?
- Quelle relation avez-vous avec votre famille ?
- Avez-vous le soutien de votre famille ?
- Vous sentez vous en sécurité au sein de votre entourage ?
- Comment réagissez-vous aux traitements actuels ? Comment anticipez-vous le déroulement des séances ? Et qui vous accompagne ?
- Etes-vous déjà été hospitalisé ?
- Que ressentez-vous à présent ?

- Axe.3 Information sur le soutien familial

- Est-ce que vous vous sentez particulièrement proches les uns des autres ?
- Parlez-vous souvent avec lui /elle ?
- Etes-vous souvent ensemble ?
- Est-elle/il plus proche d'un membre de la famille en particulier ?
- Qui va-t-elle/il voir en premier s'il a un souci ?
- Quelle est la contribution de chacun vis-à-vis du malade ? Qui l'accompagne à la consultation ? Qui lui donne son traitement ? Qui est le plus présent pour elle/lui ?
- Quand et par qui les premiers signes de la maladie ont-ils été constatés ?
- Quels ont été les évènements importants vécus par la famille ? (notamment les événements de vie douloureux, malheureux, échec, maladies, séparations, deuils, pertes, etc.) Comment cela s'est passé ?
- En dehors de la famille, y a-t-il une personne proche vis-à-vis du malade ? Des amis par exemple ?

**ANNEXE 2: Questionnaire d'auto-évaluation de Soutien Social abrégé (S.S.Q.6
de Sarason &al, 1983)**

1- Quelles sont les personnes disponibles sur qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

2- Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

3- Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

5-Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

6- Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait	5. Satisfait	4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait	2. Insatisfait	1. Très insatisfait

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ?

Aucune personne	1)	4)	7)
-----------------	----	----	----

2) 5) 8)
3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait 5. Satisfait 4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait 2. Insatisfait 1. Très insatisfait

5-Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ?

Aucune personne 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait 5. Satisfait 4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait 2. Insatisfait 1. Très insatisfait

6- Sur qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ?

Aucune personne 1) 4) 7)
2) 5) 8)
3) 6) 9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ?

6. Très satisfait 5. Satisfait 4. Plutôt satisfait
3. Plutôt insatisfait 2. Insatisfait 1. Très insatisfait

Résumé

La schizophrénie est un trouble mental complexe qui affecte la façon dont une personne pense, ressent et se comporte. Elle est caractérisée par une altération de la perception de la réalité, des difficultés dans les processus de pensée, des émotions perturbées et des altérations du fonctionnement social. La schizophrénie peut avoir un impact significatif sur la vie quotidienne d'une personne, ainsi que sur ses relations familiales, sociales et professionnelles.

Ainsi ce mémoire se concentre sur « l'impact du soutien familial et social chez le sujet atteint de schizophrénie » et a pour objectif, d'expliquer cette pathologie et de démontrer que la famille est l'alliée du sujet lorsque celle-ci fait preuve de soutien et met en place un environnement favorable pour le sujet.

Mots clés : schizophrénie, psychique, pathologie, troubles mentaux, psychiatrie, famille, soutien familial, soutien social.