



Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département de psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin d'étude en vue de l'obtention du diplôme de Master II
Option : Psychologie clinique

Thème

**Le schizophrène : entre la psychiatrie
et l'inadaptation sociale**

Réalisé par :

- Mlle Bachi Sara
- Mlle Atsi Lamia

Encadré par :

- Pr. LAOUDJ Mabrouk

Année universitaire : 2023 / 2024

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicaces

Introduction générale 1

1. Problématique 2
2. Hypothèses
3
3. Objectifs de la recherche
3
4. Opérationnalisation des concepts clé
3

La partie théorique Chapitre I : la schizophrénie

Préambule

1. Histoire et évolution de la schizophrénie
5
2. Définitions étymologique de concept schizophrénie
6
3. Définition clinique de concept schizophrénie
6
4. symptômes de la schizophrénie 6
5. Le schizophrène pour S.NACHT et R.RACAMIER
16
6. Le contexte épidémiologique
17
7. Les formes cliniques de la schizophrénie 17
8. Diagnostique selon DSM5
18
9. Prise en charge psychiatrique
19

Synthèse

Chapitre II : Troubles d'inadaptation sociale

Préambule

1. Définition du concept d'inadaptation sociale 25

2. Définition du trouble d'inadaptation sociale	25
3. Les symptômes des troubles d'inadaptation sociale	26
4. Les types d'inadaptation sociale	26
5. Les conséquences sur la santé mentale	27
6. Diagnostique des troubles de l'adaptation	28
7. La prévention	29

Partie pratique : méthodologie de recherche et discussion d'hypothèses

Préambule

1. L'enquête	31
2. Présentation de lieu de la recherche	31
3. Population d'étude	31
4. La méthode utilisée	32
5. Etude de cas	32
6. Analyse clinique des cas	40
7. Analyse et discussion de l'hypothèse	40

Conclusion générale

42

Bibliographie

Remerciement

Avant toute chose, nous tenons à remercier Dieu le tout puissant, qui nous a accordé le courage et la patience afin de nous permettre d'élaborer ce modeste travail. Merci pour tous ces bienfaits autour de nous.

Nous tenons à remercier notre directeur de mémoire, Dr LAOUDJ pour son encadrement et ses précieux conseils tout au long de la réalisation de ce mémoire. Ses connaissances approfondies du sujet et son expertise ont été d'une aide inestimable dans la conduite de nos recherches et la rédaction de ce travail.

Nous remercions également les membres du jury qui ont accepté d'évaluer notre travail et de partager leur expertise. Leurs remarques et suggestions constructives nous permettront d'enrichir notre réflexion et de poursuivre nos recherches dans de meilleures conditions.

Une pensée toute particulière va à notre famille et à nos amis qui nous ont soutenu et encouragé durant ces années d'études. Leur présence et leur bienveillance nous ont été d'un grand réconfort dans les moments de doute et de stress.

Enfin, nous tenons à remercier l'ensemble de l'équipe pédagogique du Master 2 pour la qualité de l'enseignement dispensé et pour nous avoir permis de mener à bien ce projet de recherche.

Nous sommes reconnaissants envers toutes les personnes qui ont contribué, de près ou de loin, à la réussite de ce mémoire de fin d'études.

Dédicace

Je dédie ce travail à ma famille qui m'a doté d'une éducation digne, son amour a fait de moi ce que je suis aujourd'hui.

*À mes parents : Monsieur **Bachi Saïd** et Madame **Abdelfettah Malika** :*

Ce modeste travail est le fruit de tous les sacrifices que vous avez déployés pour mon éducation et ma formation. Je vous aime mes parents et j'implore le tout-puissant pour qu'il vous accorde une bonne santé et une longue vie et heureuse comme vous l'avez toujours souhaité pour moi.

Votre soutien fut une lumière dans tout mon parcours. Aucune dédicace ne saurait exprimer l'amour l'estime et le respect que j'ai toujours eu pour vous. J'ai été très touché par votre présence et par votre soutien. Je vous remercie encore et infiniment pour tout.

*A la mémoire de mon grand-père **Abdelfettah Abd Laaziz** côté maternel que je remercie beaucoup j'ai voulu qu'il soit présent pour voir ma réussite, malheureusement que dieu l'accueille dans son vaste paradis, malgré ça, il est toujours dans ma mémoire.*

Bachi Sara

Dédicace

Je dédie humblement ce travail à mes chers parents, à ma mère Rahima pour son soutien et ses encouragements constants. Merci de me faire confiance et de me soutenir à chaque étape de ce parcours académique.

*A la mémoire de mon père **Foudil** que je remercie beaucoup j'ai voulu qu'il soit présent pour voir ma réussite, malheureusement que dieu l'accueille dans son vaste paradis, malgré ça, il est toujours dans ma mémoire.*

*À ma sœur **Mahjouba**, qui ne cesse de me prodiguer conseils, encouragements et soutien tout au long de mes études, ainsi qu'à mes frères **Farid** et **Fahem**, je vous remercie pour votre soutien et d'être là pour moi pendant que je réalise ce travail.*

À mon mari Walid, dont la présence et le soutien constants ont été une source d'inspiration et de motivation.

Merci à tous d'être à mes côtés, de me faire confiance et de m'encourager à réaliser mes rêves. Vous avoir à mes côtés est une inspiration et une motivation tout au long de mon parcours.

Je vous aime de tout mon cœur et j'espère vous rendre fiers.

Atsi Lamia

Introduction générale

Les pathologies que nous appelons aujourd'hui psychoses ont longtemps constitué l'essentiel du domaine de la psychiatrie elles sont synonymes d'aliénation mentale aiguës ou chroniques, elles représentent le prototype de la situation dans laquelle le sujet humain perd le contact intime avec soi-même, cesse de s'appartenir, devient méconnaissable et comme étranger à soi et à ses proches, en même temps que ses rapports avec son monde connaissent un profond bouleversement.

La schizophrénie, est une affection mentale grave qui entraîne une modification profonde et durable de la personnalité, est une maladie de l'adolescent et de l'adulte; avec l'apparition des traitements neuroleptiques, l'aspect inéluctable de l'évolution vers un état morbide constitué s'est vu remis en cause, et la schizophrénie peut désormais être comprise comme la potentialité d'une tendance évolutives ».

Nous allons décrire la période la plus active au plan clinique des modes de début des pathologies schizophréniques, qui est aussi celle qui mobilise le plus de soins et d'intervention, parfois davantage. Par la suite, nous décrirons l'évolution et les formes de la schizophrénie, c'est-à-dire la clinique présentée, et les soins nécessités, après une certaine stabilisation du cours de la maladie. (**Kapsambelis .V, p17-397-456-475**).

La schizophrénie est un trouble mental complexe et hétérogène qui se caractérise par une altération de la perception de la réalité, des troubles de la pensée et de l'expression, ainsi que des difficultés relationnelles et d'adaptation sociale. C'est l'un des troubles psychiatriques les plus sévères et les plus invalidants.

D'un point de vue médical, la schizophrénie est classée parmi les psychoses fonctionnelles, c'est-à-dire des troubles mentaux d'origine biologique et génétique, plutôt que d'origine organique ou lésionnelle. Les causes exactes de la schizophrénie ne sont pas encore complètement élucidées, mais des facteurs génétiques, neuro-développementaux et environnementaux semblent intervenir dans son apparition.

Sur le plan clinique, la schizophrénie se manifeste généralement par l'apparition d'symptômes positifs (délires, hallucinations, désorganisation de la pensée) et de symptômes négatifs (apathie, retrait social, pauvreté du discours). Ces troubles entraînent de profondes difficultés d'adaptation et d'autonomie au quotidien pour les personnes atteintes.

D'un point de vue social, la schizophrénie est souvent associée à une forme d'inadaptation sociale, avec des problèmes d'insertion professionnelle, de logement, de relations interpersonnelles, etc. Ce handicap social est en partie lié aux symptômes de la maladie, mais

aussi aux préjugés et à la stigmatisation dont souffrent encore trop souvent les personnes souffrant de schizophrénie.

La prise en charge de la schizophrénie repose donc à la fois sur un traitement psychiatrique visant à réduire les symptômes, et sur un accompagnement psychosocial pour favoriser la réinsertion et l'autonomie des patients. C'est un défi majeur pour la psychiatrie et la société.

Problématique

La santé mentale est le trésor le plus riche que l'homme possède. Autrement dit c'est l'une des sciences de l'homme qui a pour objet sa vie de relation, elle est en d'autres termes, la science des fonctions, la structure de la conscience, la construction de la personnalité. **(HENRY EY, P.BERNARD & CH.BRISSET , 1989,p. 03-05).**

La psychiatrie française n'a pas su encore se doter d'une approche scientifique largement reconnue sur le plan international comme en témoigne le niveau des publications scientifiques. C'est ce qui explique que la très grande majorité des données que nous livre cet ouvrage est issue de travaux étrangers.

Cette conception d'une psychiatrie française dynamique et moderne, mais intégrant les travaux cliniques qui ont marqué son histoire, lui permettrait de tenir la place importante qu'elle mérite sur la scène internationale. En l'absence d'une authentique implication des psychiatres français dans la recherche, le risque est grand de voir disparaître ce qui fait l'humanisme, la spécificité et la diversité de la psychiatrie française au profit du langage unique d'une psychiatrie anglo-saxonne conquérante.

Avec les incontournables classifications internationales qui restent indispensables pour disposer d'un langage commun entre psychiatres de différents pays, la schizophrénie est d'abord une étiquette diagnostique. Mais c'est aussi une expérience humaine unique porteuse d'une souffrance massive. Depuis quelques années, c'est aussi une réalité psychobiologique en rapport avec des troubles du neuro-développement. Il est évident que les progrès considérables dans le domaine des neurosciences et des sciences cognitives ont influencé grandement notre lecture de cette pathologie.

L'histoire de la recherche dans le champ de la schizophrénie est tout à la fois riche, complexe et entachée d'errances au fil des théories. Ainsi, l'hypothèse d'une méthylation anormale des neuromédiateurs est abandonnée et le Pink spot est maintenant rangé dans les placards des erreurs méthodologiques de l'Histoire. L'hypothèse dopaminergique s'est affinée au profit d'une Dy régulation multifactorielle de la neurotransmission. L'approche dimensionnelle est venue prendre la place de l'approche catégorielle et il est devenu possible d'imaginer une physiopathologie différente pour chaque dimension. La vieille dichotomie kräpelinienne s'est effritée. Le continuum entre psychose affective et psychose non affective est remis au goût du jour. La fameuse hypothèse neuro-développementale est devenue un fait avéré. Comme l'écrivent fort justement les auteurs: l'existence de perturbations périnatales et infantiles du développement cérébral à l'origine de la schizophrénie est aujourd'hui un fait et non une hypothèse. Mais, en même temps, plusieurs arguments sont en faveur d'un processus dégénératif complémentaire des lésions développementales, ce qui aboutit à une nouvelle hypothèse à deux, voire trois, coups. L'avenir verra probablement surgir d'autres hypothèses, même si certains auteurs, et notamment R. Murray, considèrent que le concept de schizophrénie sera abandonné avant 2025

La schizophrénie est un trouble mental complexe qui affecte la façon dont une personne pense, ressent et se comporte (**American psychiatric association, 2013**).

Cette maladie psychiatrique entraîne souvent des difficultés d'adaptation sociale importantes pour les personnes qui en sont atteintes (**Bilder et Al,2011**).

D'un côté, la schizophrénie se manifeste par des symptômes psychotiques tels que des délires, des hallucinations et un discours désorganisé, qui nécessitent un suivi médical et psychiatrique (Tandon et Al, 2009).

De l'autre, les personnes souffrant de schizophrénie ont fréquemment du mal à s'intégrer socialement, à maintenir un emploi ou des relations stables (Kern et Al, 2009).

Elles peuvent ainsi se retrouver marginalisées et faire face à des problèmes d'inadaptation sociale (Ucok et Gorwood, 2019).

La schizophrénie est un trouble psychiatrique fréquent actuellement classé parmi les 10 maladies les plus invalidantes par l'OMS elle fait partie des troubles psychotiques chroniques qui se caractérise par une altération de contact avec la réalité. (**référentiel de psychiatrie et addictologie,p140**)

C'est un trouble mental complexe qui est étudié dans de nombreux domaines de la recherche notamment la psychologie la psychiatrie la neurologie et la génétique. les chercheurs s'intéressent à divers aspects de la schizophrénie tels que les symptômes les causes potentielles les facteurs de risques les traitements et les implications sociales et l'étudie également les mécanismes neurobiologiques sous-jacents à la schizophrénie et tels que les altérations dans le cerveau et les neurotransmetteurs l'objectif principal de ces études et de mieux comprendre la schizophrénie afin de développer des traitements plus efficaces et d'améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de ce trouble.

la schizophrénie peut avoir un impact significatif sur la famille et la société pour la famille cela peut être très difficile émotionnellement et physiquement et les membres de la famille peuvent se sentir dépassé par les symptômes de la schizophrénie de leurs proches tels que les hallucinations et les délires ils peuvent également devoir prendre en charge la personne atteinte de schizophrénie ce qui peut être épuisant et exigeant sur le plan social la schizophrénie peut entraîner une stigmatisation et une discrimination les personnes atteintes de schizophrénie

peuvent-être confrontés à des préjugés et à des malentendus de la part des autres ce qui peut entraîner un isolement social cela peut également rendre difficile pour les personnes atteintes de schizophrénie de trouver un emploi ou de maintenir des relations sociales saine.

Les patients schizophrènes présentant des troubles anxieux ont un risque accru d'inadaptation sociale, notamment dans leur rôle social et occupationnel. Ainsi, les symptômes anxieux et les troubles anxieux Co morbides jouent un rôle important dans l'inadaptation sociale observée chez les patients schizophrènes.

Cette introduction souligne la dualité entre les aspects médicaux et sociaux de la schizophrénie. Elle montre que cette maladie mentale se situe a l'insertion sociale posant des défis complexes sur les plans cliniques, psychologique et social. (Lasalvia et AL, 2014).

On a pu formuler la question du départ qui est la suivante:

-Est-ce que le schizophrène est victime d'inadaptation sociale ?

Hypothèses

-Le schizophrène souffre d'inadaptation sociale.

Les objectifs de la recherche

L'objectif principal de cette étude est de bien comprendre :

-une maladie mentale qui est la schizophrénie et comment elle affecte la vie quotidienne des patients.

Opérationnalisation des concepts clé :

La schizophrénie :

La schizophrénie est une pathologie psychiatrique chronique complexe qui se traduit schématiquement par une perception perturbée de la réalité, des manifestations productives, comme des idées délirantes ou des hallucinations, et des manifestations passives, comme un isolement social et relationnel. En pratique, elle peut être très différente d'un patient à l'autre, selon la nature et la sévérité des différents symptômes qu'il présente. (INSERM, Schizophrénie intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles).

L'inadaptation sociale :

Défaut d'adaptation, global ou partiel, d'une personne à la normalité, soit parce qu'elle ne parvient pas à s'intégrer à la société, soit parce qu'elle refuse les valeurs sur lesquelles est fondée la société.

Ce défaut d'adaptation peut provoquer, chez la personne, une situation de déséquilibre qu'elle peut manifester en adoptant des comportements opposés aux normes de la société dans laquelle elle vit; c'est ainsi que le terme d'*inadaptation sociale* est parfois utilisé, par extension, pour parler du phénomène de la délinquance. (Grand Dictionnaire Terminologique, Québec)

La psychiatrie :

La psychiatrie est une spécialité médicale au même titre que la cardiologie ou la chirurgie. Elle se consacre au diagnostic, à la prévention et aux traitements des maladies mentales. (Association des Médecins Psychiatres du Québec).

CHAPITRE I

La schizophrénie.

Préambule

La schizophrénie, maladie complexe du système nerveux, interpelle depuis des décennies les chercheurs, les cliniciens et la société dans son ensemble. En tant que trouble psychiatrique majeur, elle suscite à la fois fascination et incompréhension, nécessitant une approche multidimensionnelle pour en saisir toute la portée. Cette pathologie, caractérisée par des altérations de la pensée, des émotions et des comportements, soulève des défis diagnostiques, thérapeutiques et sociaux d'une ampleur considérable. Dans ce contexte, une exploration approfondie de la schizophrénie s'impose, afin de mieux comprendre ses mécanismes, d'améliorer les prises en charge cliniques et de favoriser une intégration plus éclairée des personnes concernées au sein de la société.

Histoire et l'évolution de la schizophrénie

Avant l'apparition du concept de schizophrénie, la psychiatrie utilise la notion de démence précoce. *« C'est une notion qui est apparue premièrement chez Morel dans son traité des maladies mentales (1860), pour lui la démence précoce est caractérisée par un ensemble des signes cliniques, comme nihilisme, ultérieurement veut dire le négativisme. Dans la contribution de l'apparition du concept de schizophrénie, il y a aussi GRIENSINGER qu'il a une responsabilité institutionnelle dans l'histoire du concept, puisque, il était le premier titulaire de la direction de la clinique médicale de Birghozli, qui verra après la naissance du concept. Mais l'œuvre de KRAEPLIN constitue un moment décisif dans la nosographie de la psychiatrie moderne au XIX siècle. Le concept de démence précoce apparaît dans la sixième édition, en 1899 de son traité. Elle est constituée dans la nosographie Kraepelinienne de 1899, l'une des treize groupes des maladies mentales »*. Après, nous trouvons que la notion de démence précoce aura dans la septième édition du traité (1907) trois entités : les psychoses paranoïdes, la catatonie et l'hébéphrénie, le trait majeur commun à ses entités est la dissociation. Pour KRAEPLIN : *« la démence précoce se caractérise non seulement par des productions délirantes et des hallucinations, mais aussi par un déficit affectif avec perte de l'unité interne et trouble grave de la volonté et de l'action »*. (Henry Ey, Manuel de psychiatrie, 1989, p143) & (H Bloch, R. Chemama, le grand dictionnaire de la psychologie, 1991, p522)

1. Définitions étymologique du concept schizophrénie

Le mot schizophrénie comporte des racines grecques, schizein qui signifie « l'âme, l'esprit ». BLEULER est l'architecte de ce concept. Il a voulu donner d'emblée une portée explicative, malgré que pour lui, psychologiquement parlant, ce concept est indispensable de celui de « *Spaltung* ». Ce dernier, représente pour BLEULER, une des caractéristiques les plus importantes de la pathologie. (C-AZOULAY.C.CHABERT, «processus de la schizophrénie ».Edition DUNOD.2005.p53).

2. Définition clinique du concept schizophrénie

Ce terme, qui a remplacé l'ancien terme de « démence précoce », désigne un groupe de maladies mentales chroniques caractérisées par la dissociation (dans des formes et des proportions extrêmes variables) de trois grands ordres de troubles : la dissociation, le délire paranoïde et autisme ».

Dans le vocabulaire de la psychanalyse de LAPLANCHE et PONTALIS, on trouve dans la définition du concept, que « La schizophrénie se diversifie en des formes très dissemblables d'où l'on dégage habituellement les caractères suivants : l'incohérence de la pensée, de l'action et de l'affectivité (désignée par les termes classiques de discordance, dissociation), le détachement à l'endroit de la réalité avec repli sur soi et prédominance d'une vie intérieure livrée aux productions fantasmatiques (autisme), une activité délirante plus en moins marquée, toujours mal systématisé. Enfin le caractère chronique de la maladie, qui évolue selon les rythmes les plus divers dans le sens d'une « détérioration » intellectuelle et affective, et aboutit souvent à des états d'allure dementielle, est pour la plupart des psychiatres un trait majeur sans lequel, on ne peut le diagnostic de schizophrénie. (C-AZOULAY.C.CHABERT, «processus de la schizophrénie ».p53).

3. Les symptômes de la schizophrénie

4.1. Le syndrome cognitif et de désorganisation c'est à la fois une baisse des performances intellectuelles et une difficulté à contrôler ses propres pensées et ses propres sentiments ; des doutes sur la perception de sa propre identité sont fréquents. Ces symptômes sont souvent accompagnés d'anxiété mais ne sont pas perçus comme pathologiques par le patient. Vu de l'extérieur, l'entourage trouve le patient déconcentré, confus, difficile à comprendre lorsqu'il n'est pas mutique, replié < dans son monde > ; son comportement est perçu

comme bizarre, décousu ou illogique. (Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair, p7)

4.1.1 Troubles cognitifs (psychiques/intellectuels)

4.1.1.1 Troubles du cours de la pensée : Impressions que ma pensée s'arrête, qu'elle est envahie par d'autres pensées qui ne sont pas les miennes, qu'elle se vide, que quelque chose d'étranger à ma volonté, bloque ou aspire ma pensée. Ces impressions sont difficilement communicables.

Dépersonnalisation: J'ai l'impression de ne plus être totalement moi-même; des parties de mon corps ne m'appartiennent plus vraiment, ou bien me donnent l'impression d'être devenues énormes ou minuscules; j'ai l'impression que mon visage ou le reste de mon corps se modifie, perd sa symétrie, ou l'aspect de la vie; j'ai des doutes sur les limites de mon corps; d'autres personnes se retrouvent parfois dans mon corps et peuvent le faire bouger à ma place; je peux avoir l'impression que ce n'est pas moi qui pense ce que je pense, que les autres lisent ma pensée et que je peux lire la leur, voire éprouver leurs sensations lorsqu'ils boivent, mangent, fument. Il peut m'arriver de me voir moi-même à l'autre bout de la pièce, comme si je n'étais plus dans mon corps.

4.1.1.2 Manque de concentration et d'attention : Je n'arrive plus à regarder ou à comprendre un film en entier, je n'arrive plus à lire un livre en entier, à apprendre et à retenir de nouvelles choses.

4.1.1.3 Difficultés d'abstraction et de planification : J'arrive difficilement à décomposer en pensées, les séquences nécessaires à la réalisation d'actes concrets. Je ne parviens plus à décrypter ce qui se passe autour de moi ; je suis obligé de tout décortiquer, de tout analyser pour essayer de comprendre, et cela m'épuise. L'entourage se rend compte que le patient est en difficulté pour suivre en raisonnement abstrait , qu'il a des difficultés pour comprendre correctement les expressions figurées , les proverbes , les histoires humoristique ou des différents sens que peuvent avoir les mots, et aussi qu'il a du mal a comprendre les codes sociaux .(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair,p7-8)

4.1.1.4 Refus d'admettre qu'on est malade ou que les difficultés ressenties proviennent au moins en partie de soi-même

:Plutôt qu'un véritable refus, il s'agit d'une incapacité à reconnaître une part de responsabilité dans les problèmes Vécus, du fait de difficultés à faire le tri entre ce qui provient de soi-même (ce que l'on fait, ce que l'on ressent) et ce qui provient des autres (ce que les autres font et ce que l'on suppose qu'ils ressentent). Il en résulte de grandes difficultés pour comprendre que les symptômes éprouvés sont le produit d'une maladie personnelle, et pour admettre que l'entourage à raison lorsqu'il souligne l'incohérence de nos propos et/ou de notre comportement. Ce défaut d'insight interfère massivement avec les soins (et donc avec le pronostic au long cours), car il est très difficile voire impossible- d'accepter de se soigner lorsqu'on pense que l'on n'est pas malade et que ce sont systématiquement les autres qui se trompent, qui mentent, qui agressent et qui font n'importe quoi

- Ambivalence affective : Des sentiments ou des projets contradictoires alternant avec une indifférence apparente sont fréquents. Cela induit des attitudes paradoxales de la part du patient, et une incompréhension de l'entourage, pouvant créer un cercle vicieux de réactions et de contre-réactions agressives, favorisées par l'incompréhension mutuelle de la maladie. **(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair, p8-9)**

4.1.2 Troubles du comportement

La désorganisation du comportement constatée par l'entourage, n'est rien d'autre que la résultante de toutes les difficultés dont il vient d'être question et qui empêchent le patient de gérer et de synthétiser correctement les informations (paroles, émotions, attitudes) prove nant aussi bien de lui-même que des autres. Tout cela conduit le patient à accumuler des « bugs>> comportementaux. Bien sûr, d'autres symptômes comme les délires et les hallucinations (voir ci-dessous) accentuent encore ces troubles du comportement, car le patient se met à interagir avec un environnement imaginaire qu'il est seul à percevoir.

4.1.3 Trouble moteurs

La schizophrénie s'accompagne aussi de troubles du contrôle musculaire et de la coordination des gestes, qui sont souvent mineurs mais qui peuvent parfois devenir évidents et même conduire à une rigidité .Ces troubles qui ne sont pas nécessairement attribuables a des effets indésirables des médicaments, mais font aussi partie de la maladie sont regroupés sous le nom de catatonie. **.(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair,p8-9)**

4.2 Le syndrome positif/psychotique

Le terme positif ne signifie pas que les symptômes regroupés sous cette rubrique sont en quelque chose de bénéfiques au patient. Il a été choisi pour désigner des sensations ou des idées qui apparaissent comme quelque chose en plus de la réalité du tout un chacun, c'est-à-dire qui font partie de la réalité imaginaire du patient et qui ne sont pas éprouvées par les autres personnes confrontées au même contexte. On est ici dans le registre de l'hyper-sensations, hyper imagination, Délire | aurait peut-être été plus judicieux d'appeler ces symptômes excessifs plutôt que « positifs »

4.2.1 Les hallucinations et les illusions

J'hallucine lorsque j'éprouve des sensations qui n'existent pas dans la réalité et que les autres n'éprouvent pas avec moi, mais, pour moi, elles ont l'air d'être très réelles. Quant aux illusions, il s'agit de choses qui existent vraiment pour tout le monde, mais que je ne perçois pas de la même manière que les autres, un peu comme si elles avaient quelque chose en plus de ce qu'elles sont pour les autres. Tout ceci n'est pas toujours désagréable, mais c'est quand même le plus souvent angoissant ou au moins gênant pour moi, d'autant que ça peut affecter mes émotions et, en réaction, mon comportement, avec le risque d'une mise en danger. Ces phénomènes peuvent toucher tous les sens :

4.2.1.1 Audition (le plus fréquent) : J'entends des bruits ou des voix, dans mes oreilles ou dans ma tête. Il peut s'agir de chuchotement, de paroles ou de cris, compréhensibles ou non; parfois, je crois pouvoir reconnaître la ou les personnes qui parlent; il peut s'agir d'inconnus, de gens célèbres, ou de personnes de mon entourage, parfois même de personnes décédées. Il peut y en avoir plusieurs à la fois et, dans ce cas, elles ne sont pas souvent d'accord entre elles. Certaines me donnent des conseils que j'ai envie de suivre ou dont je me méfie; mais parfois ce sont des ordres qui peuvent être absurdes et auxquels soit j'essaie de résister, soit je me sou mets. Souvent, ce sont des insultes ou des menaces; parfois, les voix m'interdisent de dire que je les entends; elles me disent aussi de faire attention, même si je ne comprends pas toujours à quoi je dois faire attention. Souvent, tout ceci est contradictoire et même absurde. Ces hallucinations auditives peuvent me donner l'impression que je les entends dans mes oreilles, comme s'il s'agissait de bruits normaux, et je peux même localiser leur provenance» (dans la rue, derrière la porte, chez les voisins...). Mais je peux aussi les entendre directement à l'intérieur de ma tête, et dans ce cas, il y a souvent plusieurs voix qui conversent entre elles, certaines peuvent être gentilles et les autres hostiles et menaçantes, elles peuvent faire des commentaires sur mes faits

et gestes, mais parfois, elles peuvent aussi parler de choses qui ne me concernent pas directement, un peu comme lorsqu'on écoute une émission de radio avec des invités qui parlent de politique ou de littérature. Parfois, je ne comprends même pas ce que ça raconte. Mais parfois, je dialogue avec les voix, en leur répondant à voix haute, comme je le ferais dans une conversation avec une personne réelle. Ça peut durer toute la journée et tous les jours de la semaine, ou bien n'arriver que de temps en temps. Lorsque c'est permanent, je peux finir par m'y habituer, comme on s'habitue à une radio en bruit de fond, qu'on entend distraitement sans l'écouter vraiment; mal ça peut aussi être très angoissant.

4.2.1.2 Toucher et sensations internes: J'ai l'impression qu'on me touche à certains endroits de mon corps, ça peut être des attouchements sur mes parties génitales, et dans ce cas il peut m'arriver de ressentir que je suis pénétré(e), comme si l'on me violait je peux aussi ressentir des ondes qui me parcourent le corps, comme des caresses, des picotements ou des courants électriques, ou encore des vibrations qui se propagent à la surface de ma peau ou à l'intérieur de mes organes. Je peux sentir des choses se déplacer à l'intérieur de mon corps, dans mes membres, dans mon ventre, et même dans mon cerveau. Je peux avoir l'impression que mon corps est entrain de se dilater, de couler, de se transformer. Là aussi, ça peut bien sûr être très angoissant.

4.2.1.3 Odorat et goût : je sens des odeurs de gaz, d'excréments, d'égoûts, tandis que mon entourage ne sent rien de particulier. Je peux avoir un goût métallique ou amer, ou de pourri dans la bouche.

4.2.1.4 Vue (le plus rare): Je vois des ombres ramper sur le sol, parfois, il s'agit même de personnes qui ont l'air parfaitement réelles, et qui peuvent rester immobiles, de face ou de dos, ou bien qui peuvent bouger et même parler.

4.2.1.5 Illusions perceptives: Les autres voient bien les objets que je leur montre, mais là où ils ne voient qu'une chaussure ou une poignée de porte, je vois par exemple le visage d'une vieille femme qui me fait une grimace, ou bien un œil qui me fixe, ou bien encore des halos lumineux qui entourent les objets ou les personnes. Là où les autres disent n'entendre que le vent dans les branches, j'en- tends comme un chuchotement qui me dit de faire attention, etc.

Les hallucinations sont très fréquentes dans la schizophrénie, mais certains patients n'en expriment pas (ce qu'il faut distinguer des patients qui refusent d'en parler). Inversement, des hallucinations transitoires peuvent exister dans certaines situations différentes de la schizophrénie; par exemple au moment de s'endormir ou de se réveiller, après une anesthésie, dans les situations d'isolement, au cours du mal des montagnes ou du mal des profondeurs, après un deuil.

4.2.2 Les interprétations fausses de la réalité/Les idées de référence

Je mets abusivement en relation des choses, des gestes ou des paroles qui n'entretiennent aucune relation véritable pour autrui. Et j'interprète souvent cela comme étant des messages qui me sont directement adressés sous une forme plus ou moins cryptée; on appelle cela des idées de référence, car j'ai l'impression que les choses ou les gens qui m'entourent font régulièrement référence à moi-même, à ma vie passée, à mes idées, à mes projets, les gens connaissent tout de moi, et tout ce qu'ils font ou disent semble avoir un rapport avec moi. Ces phénomènes surviennent en présence d'autres personnes, connues ou inconnues, dont je crois comprendre le sens caché des paroles, des regards et/ou des gestes; souvent, ces personnes parlent de moi entre elles et me dévisagent où que j'aille. Mais ces phénomènes peuvent également se manifester lorsque je regarde la télévision ou lorsque je consulte internet, et j'en retire l'impression que les émissions ou les sites ont été conçus spécialement pour me délivrer un message, une mise en garde, des menaces ou des conseils; alors, je peux soit éviter de me confronter à ces médias, soit au contraire me laisser absorber par leur contemplation, à la recherche d'une vérité qui se dérobe sans cesse devant moi. Face à ces phénomènes perturbants, mon comportement peut se modifier (sorties aux heures où il y a le moins de monde dans les rues; évitement de certains lieux; repli au domicile; réactions agressives ponctuelles envers « les voyeurs » Imaginaires que je sens « me coller » et se relayer l'un après l'autre).

4.2.3 Les idées délirantes :

Un délire est une croyance erronée qui n'est pas partagée par les autres et qui résiste aux argumentations qu'on lui objecte pour démontrer sa fausseté, même lorsqu'il s'agit de preuves concrètes. Cette conviction délirante est souvent inébranlable. Ceci distingue les délires des autres croyances, qui peuvent être culturelles et donc partagées par de très nombreuses personnes (comme les croyances religieuses), mais qui peuvent aussi être plus personnelles tout en demeurant modulables lorsqu'elles sont confrontées à la réalité. La construction d'une histoire délirante sert souvent d'explication aux interprétations erronées de la réalité et aux

hallucinations. Les délires sont généralement accompagnés de réactions émotionnelles fortes et peuvent donc entraîner des prises de décisions contre-productives et des troubles du comportement parfois générateurs de prises de risque. D'une personne à l'autre, les délires surfent sur différents thèmes dont les principaux sont les suivants dans la schizophrénie:

4.2.3.1 Délire de persécution (le plus fréquent): Je suis observé(e) sans relâche, par les caméras, par des gens, par internet. Des gens-ou des entités (gouvernements, polices, nationalités, religions, groupes constitués, voisins, forces surnaturelles...) me veulent du mal ou veulent m'empêcher d'agir, sans que je sache nécessairement pourquoi, ni ce qu'on attend de moi. Partout où je vais, je ressens cette hostilité à mon encontre, et cela me pousse à me méfier de tout le monde. On veut m'empêcher de conduire ma vie, de réaliser mes projets. Ça peut m'énerver, me mettre en colère...

4.2.3.2 Délire mystique : [ai l'impression d'avoir une relation privilégiée avec Dieu ou avec le diable; des forces surnaturelles se préoccupent de mon devenir pour me guider dans la vie ou, au contraire, pour me faire trébucher. Si je ne suis pas très préoccupé(e) par les questions religieuses, je peux me sentir en relation privilégiée avec la nature, avec l'énergie du cosmos... Comme un(e) prophète (sse), je peux aussi avoir le sentiment ou même la conviction d'être appelé(e) à une mission de portée universelle, pour faire triompher la cause du bien, pour révéler la « vraie foi », pour apporter la paix dans le Monde, ou pour sauver la planète. **(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair,2016)**

4.2.3.3 Délire de grandeur (mégalomanie) : J'ai la sensation d'avoir des pouvoirs spéciaux, de savoir défier les lois de la physique, de commander aux éléments, d'être appelé(e) à la célébrité, d'avoir un destin national ou planétaire.

4.2.3.4 Délire d'influence : je me sens téléguidée), animé(e) par des forces extérieures ou qui sont rentrées en possession de mon corps et/ou de mon esprit. Ce sont ces forces qui me font agir, même lorsque, au fond de moi, je ne suis absolument pas d'accord avec elles. Il m'est difficile de leur résister; je me sens contraint(e) de leur obéir, soit pour échapper à leurs menaces, soit parce que je pense qu'elles me guident pour mon bien.

Ces divers thèmes sont fréquemment entremêlés, ce qui contribue à accentuer le caractère flou et illogique du délire schizophrénique: le délire puise son inspiration dans l'actualité et les préoccupations sociétales; il est souvent alimenté jour après jour par les micro- événements du quotidien, sans que le patient éprouve nécessairement le besoin de formuler un scénario très

bien construit qui lui servirait à expliquer les tenants et les aboutissants de ce qu'il croit vivre. Il s'agit donc le plus souvent d'un délire kaléidoscopique, fait de touches délirantes que le patient ne relie pas nécessairement entre elles pour fabriquer une histoire bien conçue qui aurait une origine et une conclusion précises. Au total, le patient est en quelque sorte devenu le personnage central d'un film d'espionnage incompréhensible, dont les scènes seraient montées dans un ordre aléatoire. Ce caractère flou du délire schizophrénique est la conséquence de la désorganisation et des troubles cognitifs exposés plus haut. Bien sûr, pour le patient- héros malgré lui de l'histoire, des prises de risque inconsidérées peuvent résulter de ce film au scénario à la fois étrange, passionnant, effrayant, exaltant, sans queue ni tête et plein de rebondissements imprévus. Pour décrire ce type de délire de persécution mal structuré, le terme médical est délire paranoïde »; d'ailleurs, certains patients se disent parfois parano», et parviennent à faire la différence entre ces moments de crises « paranos» (= les rechutes) et les moments où le Monde leur paraît moins hostile (quand ils prennent correctement leur traitement et ne consomment pas de cannabis). **(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair,p10-16)**

4.3 syndrome négatif

Le terme négatif vient signifier la perte ou la diminution de certaines fonctions ou de certains comportements normaux». On est ici dans le registre de l'hypo/du « down », avec des hypodésirs/hypo-émotions/ hypo-motivations/hypo-intérêt/hypo-communication....

4.3.1La perte d'initiative/de motivation/de plaisir

Je me sens sans énergie et incapable de me motiver, même pour les tâches habituelles de la vie quotidienne, comme me lever le matin, faire ma toilette, aller faire les courses, nettoyer la maison... Je n'éprouve plus de plaisir à faire les activités qui m'intéressaient avant (sorties, jeux, activités intellectuelles, artistiques, sportives...). Ça ne m'intéresse plus; ça ne m'amuse plus.

Alors, j'ai tout arrêté. [...] Mes études ne m'intéressent plus; je verrai l'an prochain.... Je n'ouvre plus mes lettres, et tant pis si c'est des lettres importantes... On verra ça plus tard...

Il en résulte un laisser-aller général qui est aussi un symptôme de la maladie. L'existence d'une dépression associée peut encore accentuer ce grand « À quoi bon! Et pour quoi faire?». Au maximum, c'est l'incurie, la saleté, l'amaigrissement, la négligence de tout.

4.3.2Le retrait social/la perte du besoin de communiquer

Mes amis ne m'apportent plus rien; je n'ai plus envie de sortir de chez moi et je préfère rester seul. Ici, ce n'est pas nécessairement par crainte (idées délirantes de persécution) que le patient se replie; c'est juste > par manque d'énergie, par manque d'intérêt pour les autres, pour ce qu'ils deviennent, pour ce qu'ils font. Un grand «/m'en fous des autres! Et je n'ai pas besoin d'eux ». Les difficultés de compréhension des codes sociaux contribuent à ce repli. Bien sûr, s'il existe un délire de persécution ou même une simple méfiance, cela ne fait qu'accentuer les choses.

4.3.3 L'atténuation des émotions (émoussement affectif)

Je ressens de manière moins intense les émotions comme la joie ou la tristesse. L'entourage en retire l'impression d'une indifférence, par exemple lors des grands événements familiaux comme un décès ou une naissance. Pourtant, le patient est rarement complètement Indifférent à de tels événements, mais il n'exprime pas ses émotions avec la même spontanéité que les autres personnes et peut avoir des réactions décalées dans le temps, parfois au bout de plusieurs semaines ou mois.

En réalité, il est rare que le patient exprime lui-même (à la première personne) les symptômes négatifs dont il vient d'être question, car il a beaucoup de mal à les identifier comme pathologiques ou même comme problématiques. S'il peut assez facilement concéder être fatigué ou reconnaître que telle ou telle chose ne l'intéresse pas», il dira aussi volontiers qu'il a des amis (même s'il n'y en avait plus qu'un seul depuis trois ans, qu'il n'a pas eu de nouvelles de lui depuis un an et que, depuis cette date, ses seuls échanges humains se sont limités à un forum internet de temps en temps), qu'il a des centres d'intérêts comme le cinéma ou la lecture (alors qu'on se rend compte qu'il n'est pas allé au cinéma ou n'a pas lu de livre depuis plus d'un an), etc. Le plus souvent, tous ces symptômes sont donc rapportés par l'entourage et sont déniés par le patient qui n'a pas envie qu'on l'embête avec ça puisqu'il n'éprouve pas le besoin de faire autrement. Le patient se retrouve ici entre le mensonge (pour qu'on le laisse tranquille) et une véritable incapacité à juger objectivement sa situation réelle (du fait de ses troubles de l'insight). Il peut même manifester de l'opposition, voire de l'agressivité lorsque l'entourage le confronte, par exemple, à des questions de laisser-aller et d'hygiène de base. **(Dr Nicolas**

Mages & Pr

Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair,p18-19)

4.4 Les autres symptômes

4.4.1 L'anxiété et l'angoisse :

Les sensations étranges et les délires éprouvés que vivent les schizophrènes sont - logiquement - générateurs d'une anxiété (phénomène psychologique) ou d'une angoisse (phénomène psychologique accompagné de tensions internes, d'une oppression). Mais l'anxiété et l'angoisse peuvent aussi se rencontrer indépendamment de ces symptômes; inversement, certains patients apparaissent complètement détachés de leur vécu délirant et ne semblent pas éprouver d'angoisses. Dans tous les cas, l'existence d'angoisses contribue à accentuer les troubles cognitifs, la désorganisation et les troubles du comportement, en perturbant les prises de décisions.

4.4.2 Dépression :

Une dépression (tristesse, ralentissement, vision pessimiste de ses compétences et de son avenir) peut survenir à toutes les phases de la schizophrénie qui peut même commencer sous cette forme. On peut aussi rencontrer la dépression pendant les épisodes schizophréniques, où elle peut être plus ou moins masquée par le délire et les hallucinations qui passent au premier plan. Mais, surtout, la dépression est fréquente après les épisodes schizophréniques, quand le patient a repris pied dans la réalité et qu'il prend conscience des désordres accumulés dans sa vie, de son échec universitaire ou de la perte de son travail, de sa solitude du fait de la disparition de son réseau social, etc. C'est dans ces périodes-là que le risque suicidaire doit tout particulièrement être évalué.

4.4.3 Les addictions (toxicomanie) :

Plus de la moitié des patients schizophrènes consomment des drogues, voire sont addicts aux drogues. Davantage que l'alcool, c'est le cannabis qui est la principale drogue consommée par les patients schizophrènes. Il en résulte une amplification des délires et des hallucinations, et donc une aggravation des troubles du comportement (voir chap. 2), cela diminue aussi considérablement l'efficacité des traitements et augmente le risque de rechute et de réhospitalisation; sur le long terme, on assiste également à une aggravation du manque de motivation. Au total, la consommation de cannabis est un obstacle majeur au rétablissement et à la reprise d'une trajectoire de vie de qualité. Les schizophrènes sont également souvent des gros consommateurs de tabac.

4.4.4 Les TOC (Trouble obsessionnel compulsif)

Beaucoup de patients schizophrènes surtout en rémission tiennent beaucoup à leurs petites habitudes quotidiennes et sont souvent déstabilisés et anxieux quand on cherche à les en détourner. On peut voir cela comme une manière ritualisée de gérer une angoisse résiduelle, même si le phénomène est plus complexe que cela.

4.4.5 Les troubles du sommeil

Les troubles du sommeil sont fréquents au début de la maladie et persistent souvent au long cours, avec des difficultés d'endormissement et un sommeil haché. Le vécu stressant du quotidien (délires, hallucinations, difficultés fonctionnelles objectives) n'arrange rien en ce domaine. En revanche, les médicaments antipsychotiques contribuent généralement à améliorer le sommeil. **(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair, p20-23)**

5 Le schizophrène pour S.Nacht et P.C.Racamier :

Dans leur article de 1958, S.Nacht et P.C.Racamier considèrent que le sujet schizophrène est autant poussé vers l'autisme de l'intérieur pour échapper à l'angoisse du rapprochement objectale que de l'extérieur par l'entourage « qui éprouve lui-même moins d'angoisse et plus de sécurité à l'abandonner à sa solitude ambivalente ». Mais, continuent-ils, « que, de nouveau, l'on présente au malade la chance et la possibilité de connaître quelqu'un et d'être lui-même quelqu'un, alors il se ranime et son délire renait » (p.499).

Par ailleurs, en 1978, P.C.Racamier souligne l'idée selon laquelle c'est grâce à la culture du paradoxe que le schizophrène poursuit son activité psychique sous-tendue par l'érotisation de cette pensée paradoxale : « Une pensée qui jouit de penser qu'elle ne pense qu'en ne pensant pas n'est pas une absence de pensée. Tout paradoxe est lien » (1978, p.954).

Pour lui, l'érotisation paradoxale représente un facteur important de la résistance thérapeutique des schizophrènes et toute cure de schizophrène s'engage dans un dilemme : « C'est elle qui permet au patient de jouir de son activité mentale, de la conserver et de suivre une cure et c'est elle qui rend si difficile au schizophrène de ne l'être plus » (p.

955). **(ESTELLE LOUET et CATHERINE AZOULAY (schizophrénie et paranoïa, étude psychanalytique en clinique projective).**

6 Le contexte épidémiologique :

La prévalence de la schizophrénie est environ 0,6-1%. Son incidence est estimée à 15 nouveaux cas pour 100 000 personnes et par an. La fréquence de la schizophrénie a longtemps été considérée comme invariable selon les lieux et les populations mais elle dépend en fait de l'exposition à certains facteurs environnementaux comme la consommation de cannabis, la migration ou encore le fait de naître et grandir en milieu urbain.

La maladie débute généralement à la fin de l'adolescence ou chez l'adulte jeune entre 15 et 25 ans. 15 à 20% des premiers épisodes ont lieu avant 18 ans. Des formes précoces (rares avant l'âge de 13 ans) ou tardives (après 35ans) existent. L'âge de début est généralement plus tardif chez la femme par rapport à l'homme. L'émergence des symptômes schizophréniques est généralement précédée par des altérations cognitives, et des symptômes prodromiques non spécifiques peuvent être présent 2 à 5 ans avant l'émergence du trouble. Le sex-ratio est assez équilibré, même s'il existe une légère prédominance chez les hommes (x1,4). **(Référentiel de psychiatrie et addictologie 3^{ème} édition, 2020, p140-141)**.

7 Les formes cliniques de la schizophrénie :

Il existe 2 principaux types de catégorisation cliniques : la description catégorielle dresse des tableaux en fonction de la présence ou l'absence d'un critère, tandis que la description dimensionnelle étudie l'intensité de ces critères. La plus ancienne est la description catégorielle. Les formes numérotées de 1 à 4 sont « emblématiques » et doivent être identifiées sans problème. **(Ivan Gasman & Nicolas Leble, Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte, 2013-2014, p150)**

7.1 La schizophrénie simple : Elle s'installe progressivement. L'inhibition et l'isolement s'accroissent. Il y a de l'indifférence et l'appauvrissement affectifs qui coexistent avec une bizarrerie affective et comportementale. Elle s'installe à partir d'un caractère schizoïde. Il y a aussi un vécu délirant d'une légère intensité,"

7.2 L'Hébéphrénie: Elle est caractérisée par sa rapidité de son évolution déficitaire, chez une population moyennement jeunes, vers une dissociation massive. La discordance s'installe progressivement mais en quelques mois (fléchissement scolaire, hypocondrie, bizarreries affectives et comportementales). On assiste à la constitution rapide de l'essentiel des symptômes

7.3 La schizophrénie hébéphrénico-catatonique : C'est la discordance psychomotrice (catatonie), Le tableau catatonique culmine dans un accès catatonique, le sujet figé, si on le

pousse à changer de position, il garde ensuite la nouvelle posture, dont il évite tout contact avec le monde pour tenter de maîtriser ses angoisses délirantes.

7.4 La schizophrénie paranoïde: Elle représente la forme la plus complète de la pathologie de la schizophrénie, on trouve les trois grands axes de cette dernière, de la dissociation, délire, et autisme. (C.Azoulay.C.Chabert,2005, p161-162)

7.5 La schizophrénie héboïdophrénie: Elle est caractérisée par un début d'allure psychopathique et perverse. Il y a de l'inaffectivité, retrait, paradoxale comportementale et bizarrerie. On constate l'apparition des épisodes intenses,"

7.6 Les formes frontières de la schizophrénie:

a-Schizophrénie pseudo-névrotique.

b-Schizophrénies dysthymies ou psychose schizo-affectives c-Formes

frontières avec les délires systématisés.

(C.Azoulay.C.Chabert,2005, p161-162)

8. Le diagnostic selon le DSM-5 :

De nos jours, les diagnostics de maladies psychiatriques reposent sur des critères dits objectifs, qui ont surtout le mérite d'avoir fait l'objet de longues réflexions d'experts internationaux et de constituer un référentiel appliqué dans le monde entier. La 5^{ème} version du Manuel Diagnostic et statistiques des maladies mentales a été publiée en 2013 .tous les critères de A à D, doivent obtenir une réponse « oui ». Dans ce manuel, les critères, nécessaires pour porter le diagnostic de schizophrénie sont suivants :

A. Deux ou plus des items suivants, présents chacun pendant au moins 1 mois (ou moins que cela en cas de traitement efficace), et dont au moins un doit être (1), (2) ou (3).

1. Délires
2. Hallucinations
3. Propos désorganisés (par exemple propos fréquemment décousus ou incohérents)
4. Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique
5. Symptômes négatifs (par exemple pauvreté de l'expression des émotions ou manque de volonté)

- B. Pendant une durée significative depuis le début des troubles, les performances ont diminué par rapport à leur niveau antérieur, dans l'un ou plusieurs des domaines suivants : le travail, les relations interpersonnelles, les soins personnels.
- C. Des perturbations ont persisté sans interruption pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins 1 mois de symptômes (ou moins que cela en cas de traitement efficace) permettant de retenir le critère A, et peut inclure des périodes de symptômes prodromiques ou résiduels. Durant ces phases prodromiques ou résiduelles, les signes de la maladie peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs, ou par au moins deux symptômes listés en A mais présents sous une forme atténuée (par exemple croyances bizarres ou expériences perceptives inhabituelles).
- D. Les diagnostics de trouble schizoaffectif, de dépression ou de trouble Bipolaire ne peuvent pas être retenus.
- E. Le trouble ne peut pas être attribué aux effets physiologiques d'une substance (par exemple un abus de drogues ou un traitement) ou à une autre maladie de cause médicale identifiée.
- F. S'il existe des antécédents de trouble du spectre autistique ou de trouble de la communication débutés dans l'enfance, un diagnostic additionnel de schizophrénie ne peut être porté que s'il existe un délire et des hallucinations prononcées, et si tous les autres critères sont présents. **(Dr Nicolas Mages & Pr Thierry d'Amato, la schizophrénie en clair, 2016)**

9. LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE : L'hospitalisation en psychiatrie

L'hospitalisation (en urgence ou non, dans un service de psychiatrie) se justifie dans plusieurs situations:

- Episode aigu avec troubles du comportement.
- Risque suicidaire ou de mise en danger;

Au mieux, il s'agira d'une hospitalisation libre mais des soins sans consentement peuvent être justifiés dans certaines situations.

- Risque hétéro agressif. **(Référentiel de psychiatrie et addictologie 3^{ème} édition, 2020, p151).**

9.1 Le traitement pharmacologique : les antipsychotiques

9.1.1 Objectifs généraux du traitement

Le traitement pharmacologique de la schizophrénie varie selon trois objectifs:

--Le premier objectif concerne l'épisode aigu, et le contrôle rapide de symptômes mettant potentiellement en danger le patient et son entourage (agitation, auto ou hétéro agressivité): --

Le choix et l'adaptation du traitement de fond sont réalisés dans un deuxième temps selon l'évolution des symptômes et de la tolérance;

--Dans un troisième temps, en phase de rémission, les objectifs thérapeutiques consistent à diminuer le risque de rechute et à minimiser le retentissement de la maladie et celui des effets indésirables du traitement.

Dès que le contrôle des symptômes le permet, le traitement doit viser à la meilleure récupération fonctionnelle et s'accompagner d'une prise en charge psychosociale, allant de l'éducation thérapeutique du patient et des proches, aux programmes de remédiation cognitive et de réadaptation sociale et professionnelle. (**Référentiel de psychiatrie et addictologie 3^{ème} édition,2020,p151**).

9.1.2 Prise en charge de l'épisode aigu

L'épisode aigu est caractérisé par la recrudescence des symptômes (Idées délirantes, hallucinations, désorganisation, repli, etc.). Le traitement antipsychotique doit impérativement être initié ou modifié rapidement. En cas d'anxiété ou d'agitation modérée, un traitement symptomatique doit être associé. Deux possibilités de molécules anxiolytiques et sédatives s'offrent au thérapeute:

Les antipsychotiques sédatifs» (p. ex.: cyamémazine, lévomépromazine):

Les benzodiazépines (p. ex.: diazepam, oxazepam) peuvent faciliter la poursuite de la prise en charge et l'introduction du traitement antipsychotique. Le risque de développer une dépendance aux benzodiazépines si le traitement est prolongé doit inciter à limiter la durée de prescription de ce traitement. (**Le CNUP, Référentiel de psychiatrie et addictologie,2020,p151**).

9.1.3 Prise en charge au long cours

L'objectif est la monothérapie antipsychotique. Le choix de l'antipsychotique est fait en fonction de l'efficacité, de la tolérance et de l'observance des traitements déjà reçus. Certains antipsychotiques de deuxième génération (cf. Item 34), sont recommandés en première intention, par exemple:

amisulpride (Solian®), l'aripiprazole (Abilify®), quétiapine (Xeroquel®), rispéridone (Risperdal) **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p151).**

Le traitement antipsychotique choisi doit être approprié à la phase aiguë et au long terme. Il est prescrit à la posologie la plus efficace (en débutant à une faible posologie et en augmentant doucement « start low, go slow, surtout dans le premier épisode psychotique) et il est recommandé, une fois la stabilisation obtenue, de diminuer la posologie jusqu'à obtention de la dose minimale efficace. **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p152).**

En cas d'inefficacité, un autre traitement antipsychotique peut être proposé en deuxième intention. Lorsque la symptomatologie a résisté à deux antipsychotiques de deuxième génération à posologie efficace pendant une durée suffisante, la clozapine (Leponex®) doit être envisagée (cf. Item 74). Comme pour toute pathologie chronique, il convient de privilégier la molécule associée au meilleur rapport bénéfice/risque. **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p152).**

Dans les situations où l'observance est difficile ou si le patient préfère cette forme, certains antipsychotiques d'action prolongée ou retard existent sous forme intramusculaire permettant selon les molécules une injection tous les 15 jours, 3 semaines, 4 semaines ou 3 mois (p. ex.: rispéridone (Risperdal Consta, Xeplion®, Trevicta®), olanzapine (Zypadhera), aripiprazole (Maintena) **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p152).**

Au terme de l'épisode aigu, l'objectif thérapeutique principal est de consolider l'alliance thérapeutique et d'assurer une transition vers la phase d'entretien avec une posologie qui permet un contrôle optimal des symptômes et un risque minimal d'effets indésirables. **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p152).**

Les patients et les familles doivent être informés des effets thérapeutiques et des effets indésirables potentiels du traitement antipsychotique et conseillés sur la façon dont ils peuvent être évités ou atténués, par des programmes d'éducation thérapeutique. **(Le CNUP, Référenciel de psychiatrie et addictologie,2020,p152).**

L'ouverture des droits de prise en charge à 100% permet de faciliter l'accès aux soins. Les projets de réinsertion sociale et de réadaptation doivent être évoqués dès que le contrôle des symptômes le permet.

Après un épisode unique, il est recommandé de poursuivre le traitement au moins 2 ans après la rémission totale des symptômes de l'épisode aigu.

Après un second épisode ou une rechute, le traitement doit être poursuivi au moins 5 ans. Les recommandations préconisent un suivi de l'efficacité et de la tolérance du traitement antipsychotique, l'inobservance étant la première cause d'inefficacité du traitement. Des complications rares mais potentiellement mortelles des antipsychotiques doivent impérativement être connues: le syndrome malin des neuroleptiques et les troubles du rythme cardiaque. **(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrenie: Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).**

9.2 Les traitements non pharmacologiques

9.2.1 Traitement physique: place de l'électro-convulsivo-thérapie

Elle peut être utilisée, lorsqu'il existe des épisodes thymiques, ou dans les formes avec syndrome positif résistant ou encore en cas de syndrome catatonique associé. D'autres traitements physiques peuvent également être utilisés dans des situations particulières (p. ex.: la stimulation magnétique Trans crânienne). . **(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrenie: Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).**

9.2.2 Psychothérapie cognitivo-comportementale

Les thérapies cognitives et comportementales (TCC) ont pour objectif de réduire l'impact des symptômes persistants en dépit d'un traitement antipsychotique bien conduit. . **(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrenie: Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).**

9.2.3 Éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique vise à transmettre au patient, et éventuellement à sa famille et ses proches. Un certain niveau de compréhension et de maîtrise de son trouble. L'objectif est de construire avec chaque patient un minimum de langage commun et de consensus sur les difficultés et les objectifs des soins. Ces programmes d'éducation thérapeutique permettent de réduire le risque de rechutes. . **(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrenie:**

Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).

9.2.4 Remédiation cognitive

Les altérations cognitives dans la schizophrénie, peu accessibles au traitement pharmacologique, expliquent une grande part du handicap psychique de ces patients. Ce constat a conduit au développement de techniques visant à rééduquer ou « remédier le fonctionnement cognitif, qu'il s'agisse de compétences neuropsychologiques non spécifiques (attention, mémoire, fonction exécutive) ou de cognition sociale (reconnaissance des émotions, capacités d'attribution d'intention à autrui). **(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrenie:**

Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).

9.2.5 Réadaptation psychosociale

L'ensemble de ces soins requiert des compétences et des métiers multiples.

Les secteurs de psychiatrie organisent ces soins, au sein de centres médico-psychologiques et d'hôpitaux de jour, de centre d'activité thérapeutique à temps partiel, etc., dans une stratégie globale d'aide à l'accès au travail ou à des activités favorisant le maintien d'un lien social.

Cette prise en charge nécessite un partenariat entre les structures sanitaires qui assurent les soins de réadaptation et les structures médico-sociales qui ont en charge un accompagnement des patients dans la vie quotidienne ou professionnelle.

(Demily Caroline et Nicolas Franck, Schizophrénie: Diagnostic et prise en charge, Elsevier Masson, 2013).

Synthèse :

La schizophrénie est un trouble mental complexe qui affecte la pensée, les émotions et les comportements d'une personne. Elle se manifeste généralement à l'adolescence ou au début de l'âge adulte et peut avoir des conséquences

significatives sur la vie quotidienne et les relations sociales. Les symptômes de la schizophrénie peuvent inclure des hallucinations, des délires, des troubles de la pensée et des difficultés de concentration.

Les causes exactes de la schizophrénie ne sont pas complètement comprises, mais des facteurs génétiques, neurobiologiques et environnementaux semblent jouer un rôle dans son développement. Les avancées dans la recherche ont permis d'identifier des traitements efficaces tels que les antipsychotiques, la thérapie cognitive-comportementale et les programmes de soutien psychosocial.

Cependant, la stigmatisation entourant la schizophrénie persiste dans de nombreuses sociétés, ce qui peut entraîner des retards dans le diagnostic et la prise en charge des personnes atteintes. Une approche holistique et compassionnelle est nécessaire pour soutenir les personnes atteintes de schizophrénie, en mettant l'accent sur l'autonomie, la qualité de vie et l'intégration sociale. L'éducation du public et le soutien familial jouent également un rôle crucial dans la gestion de cette maladie et dans la promotion de l'empathie et de l'inclusion.

CHAPITRE II :
L'inadaptation sociale

Préambule :

L'inadaptation sociale désigne le manque d'intégration ou d'adaptation d'un individu, à son environnement social.

Les troubles d'inadaptation sociale se réfèrent à des difficultés d'adaptation d'un individu à son environnement social. Ces troubles peuvent se manifester par des comportements antisociaux, des problèmes de comportement, ou des difficultés d'adaptation scolaire.

L'individu peut avoir une sorte de problème psychologique à cause de l'environnement, dans ce chapitre on va aborder le sujet des troubles d'inadaptation sociale.

1. Définition du concept d'inadaptation sociale :

L'inadaptation sociale est un concept qui désigne le manque d'intégration ou d'adaptation d'un individu à son environnement social. Selon les sources fournies:

L'inadaptation sociale est considérée comme un "risque" qui a conduit à l'expansion des politiques d'action sociale en France après 1945. Elle est liée à l'exclusion de certains groupes de la croissance économique et de la protection sociale. L'inadaptation sociale des jeunes, notamment les comportements antisociaux et agressifs, a été un sujet de préoccupation important, avec une "exhibition de la criminalité juvénile" dans les médias. Cela a mené à des efforts de prise en charge et de réinsertion de ces jeunes inadaptés. L'inadaptation scolaire, qui empêche l'intégration des enfants au système éducatif, est également considérée comme une forme d'inadaptation sociale. Elle nécessite des mesures médicales, éducatives et sociales. En résumé, l'inadaptation sociale désigne le manque d'intégration d'un individu, souvent un jeune, à la société et à ses normes, ce qui a conduit au développement de politiques visant à prendre en charge et réinsérer ces personnes.

2. Définition du trouble d'inadaptation sociale :

Les troubles de l'inadaptation sociale sont des difficultés qui affectent l'intégration des individus dans la société, souvent liées à des facteurs psychosociaux. Ces troubles peuvent être causés par des conditions de vie défavorables, des troubles psychiques, ou des comportements

déviants. Les politiques d'action sociale visent à traiter ces problèmes en agissant sur les environnements de et en offrant un soutien global aux individus en difficulté, comme observé en France entre 1945 et 1969.

3. Les symptômes des troubles d'inadaptation sociale :

Les troubles de l'inadaptation se manifestent de diverses manières, notamment par :

- Des symptômes émotionnels comme la tristesse, le désespoir, l'anxiété
- Des symptômes comportementaux comme la violation des normes sociales, l'agressivité, la conduite dangereuse.
- Des difficultés importantes dans le fonctionnement social, professionnel ou d'autres domaines clés.
- Une souffrance disproportionnée par rapport au facteur de stress déclencheur.
- Un risque accru de tentatives de suicide

Ces troubles surviennent souvent en réponse à un facteur de stress identifiable et impliquent une altération significative du fonctionnement. Ils peuvent également se présenter avec d'autres troubles mentaux comme le TOC, les troubles de la personnalité ou les troubles bipolaires.

4-Les types d'inadaptation sociale :

Les différents types d'inadaptation sociale sont :

4.1 L'inadaptation scolaire :

- Qui empêche l'intégration des enfants au système éducatif.
- Nécessitant des mesures médicales, éducatives et sociales pour y remédier.

L'inadaptation scolaire peut avoir plusieurs causes :

Des facteurs familiaux, comme les disputes permanentes des parents en présence de l'enfant

Des difficultés personnelles de l'élève, comme un faible quotient intellectuel, des troubles de la perception, de la mémoire ou de la résolution de problèmes

Des problèmes liés à l'école, comme le dérangement en classe, l'irrégularité de la participation aux cours due au non-paiement des frais scolaires

Un manque d'orientation scolaire appropriée, menant l'élève à choisir une option d'études inadaptée à ses capacités

L'inadaptation scolaire se traduit souvent par un ralentissement des progrès scolaires et peut s'accroître avec le temps, dans un système dialectique entre l'élève et son environnement. Une prise en charge adaptée est donc essentielle pour aider ces élèves. (**Jean pierre tshisuabantu Yamba, non application de l'orientation scolaire dans les écoles secondaire,2019**).

4.2 Les comportements antisociaux et agressifs :

Notamment chez les jeunes, considérés comme une forme d'inadaptation sociale.

Ayant conduit à une "exhibition de la criminalité juvénile" dans les médias.

Les garçons ont généralement des niveaux d'agressivité plus élevés que les filles, mais ne rapportent pas nécessairement moins de comportements prosociaux. Cela suggère que d'autres mécanismes, comme les croyances sur l'efficacité de la violence, entrent en jeu.

Les comportements antisociaux et agressifs peuvent prendre diverses formes et sont influencés par des facteurs individuels, familiaux et environnementaux. (**Comportements agressifs et prosociaux en milieu scolaire, université de LAUSANNE2016**).

4.3 Les difficultés d'adaptation à un nouveau milieu :

4.4 Comme le passage de la campagne à la ville.

4.5 Ou l'adaptation à un nouvel environnement comme une maison d'éducation ou un hôpital.

4.4 Les troubles du comportement en général :

Qui peuvent être inclus dans la notion d'inadaptation sociale.

Donc les principaux types d'inadaptation sociale relevés sont l'inadaptation scolaire, les comportements antisociaux, les difficultés d'adaptation à un nouveau milieu, et les troubles du comportement en général

5. Les conséquences sur la santé mentale :

L'inadaptation sociale peut être étroitement liée à certains troubles de santé mentale:

L'inadaptation sociale est souvent associée à des troubles comme l'autisme, l'anxiété sociale, le trouble de la personnalité évitante ou la dépression.

Les symptômes anxieux et les troubles anxieux jouent un rôle important dans l'inadaptation sociale, notamment chez les patients souffrant de troubles du comportement alimentaire. Les

facteurs prédictifs de l'inadaptation sociale sont les symptômes d'évitement social et les antécédents de trouble d'anxiété de séparation.

L'institutionnalisation de la "folie" peut ajouter une aliénation sociale supplémentaire à l'aliénation mentale. Certains comportements "problématiques" pour la normativité sociale, définis comme relevant de la santé mentale, ne disparaissent pas nécessairement avec la désinstitutionnalisation.

En résumé, l'inadaptation sociale semble étroitement liée à divers troubles de santé mentale, pouvant aggraver les difficultés des personnes concernées. Une approche globale prenant en compte les aspects sociaux et psychologiques est souvent nécessaire (**santé mentale, adaptation sociale et individualité contemporaine. MARCELO OTERO, 2005**).

6. Diagnostique du trouble de l'adaptation :

Les critères diagnostiques du DSM-5 (2013) pour le trouble de l'adaptation sont les mêmes que ceux du DSM-IV (1). Dans le DSM-5, le trouble est classé dans la catégorie des troubles liés aux traumatismes et au stress alors qu'il constituait une catégorie distincte dans le DSM-IV.

Voici ces critères (traduction libre de Psycho média)

- A. Développement de symptômes émotionnels et comportementaux, en réaction à un ou plusieurs facteur(s) de stress identifiable(s), survenant au cours des trois mois suivant la survenue de celui-ci (ceux-ci).
- B. Ces symptômes ou comportements sont cliniquement significatifs, comme en témoignent :
 - a. Soit une souffrance marquée, plus importante qu'il n'était attendu en réaction à ce facteur de stress
 - b. soit une altération significative du fonctionnement social ou professionnel (ou scolaire).
- C. La perturbation liée au stress ne répond pas aux critères d'un autre trouble mental et n'est pas simplement l'exacerbation d'un trouble mental préexistant.
- D. Les symptômes ne représentent pas un deuil normal.
- E. Une fois que le facteur de stress (ou ses conséquences) a disparu, les symptômes ne persistent pas au-delà de 6 mois.

Le trouble de l'adaptation est dit aigu si la perturbation persiste moins que 6 mois. Il est dit chronique si elle persiste 6 mois ou plus.

Le diagnostic est accompagné des spécificateurs suivants :

- Avec humeur dépressive
- Avec anxiété
- Avec à la fois anxiété et humeur dépressive
- Avec perturbation des conduites
- Avec perturbations à la fois des émotions (dépression, anxiété) et des conduites
- Non spécifié

Les symptômes du registre émotionnel peuvent être :

- reliés à une humeur dépressive : des pleurs, des sentiments de désespoir, etc.
- reliés à l'anxiété : nervosité, inquiétude, agitation (chez l'enfant, la peur de se séparer des personnes auxquelles il est le plus attaché).

Les symptômes comportementaux peuvent comporter : une violation des droits d'autrui ou des normes et des règles essentielles de la vie sociale, compte tenu de l'âge du sujet (p. ex., l'école buissonnière, le vandalisme, une conduite automobile imprudente, des bagarres, un manquement à ses responsabilités légales).(DSM5).

7. La prévention :

La prévention de l'inadaptation sociale implique une approche développementale visant à réduire les facteurs de risque et à renforcer les facteurs de protection à différents niveaux. Les principales stratégies incluent :

- Des programmes d'intervention auprès des jeunes mères et de leurs enfants, en se basant sur la théorie de l'attachement, pour favoriser le développement socio-émotionnel.
- Des programmes de développement des compétences sociales et cognitives chez les jeunes, ainsi que de formation des parents, pour diminuer les comportements perturbateurs et la délinquance.

-
- Des interventions globales impliquant la famille, l'école et les pairs, afin d'agir sur les différents domaines de socialisation.

Ces approches préventives, en s'attaquant aux racines du problème, visent à empêcher l'émergence et l'aggravation des troubles d'inadaptation sociale chez les enfants et les adolescents. (**MICHEL JANOSZ, La prévention de l'inadaptation sociale approche développementale**).

Synthèse

Les troubles d'inadaptation sociale touchent particulièrement les jeunes, avec l'émergence récurrente de "bandes de jeunes" perçues comme agressives et délinquantes depuis la Seconde Guerre mondiale. Ces jeunes placés pour actes antisociaux posent souvent les plus gros problèmes dans les institutions, par leur refus des règles collectives et leur hostilité envers la société. (**Victorien Sophie, l'inadaptation des jeunes, chapitre4, 2011**).

Certains facteurs prédictifs de l'inadaptation sociale ont été identifiés, notamment les symptômes d'évitement social, les antécédents de troubles d'anxiété de séparation, et le nombre de troubles anxieux chez les personnes souffrant de troubles du comportement alimentaire. Plus généralement, les troubles du comportement chez les jeunes, surtout les comportements agressifs, sont souvent associés à de sérieux problèmes d'adaptation sociale à long terme comme la délinquance et l'échec scolaire.

Ainsi, l'inadaptation sociale semble être un phénomène multi factoriel, touchant particulièrement les jeunes, et nécessitant une prise en charge globale au-delà de l'individu, en s'intéressant à son environnement et à sa participation à la vie sociale

Partie pratique

**Méthodologie de recherche et discussion
d'hypothèses.**

Préambule

Dans cette recherche nécessitant de suivre une méthodologie, qui nous guide tel un fil conducteur tout au long de ce travail. Une fois la partie théorique achevée sur la question du : ‘schizophrène entre la psychiatrie et les troubles d'inadaptation sociale’. nous avons basé notre recherche sur :

1°/ le travail du terrain.

2°/ Le choix de la population d'études.

3°/ La description objective du vécu psychologique et social des personnes souffrantes de schizophrénie.

1. L'enquête :

Notre enquête s'est déroulée de 20 février 2024 au 4 avril 2024 avec l'aide de la psychologue du service de psychiatrie. Elle nous a donné les coordonnées des cas psychiatriques qui correspondent à notre recherche.

Malheureusement, notre population d'étude n'est constituée que de deux (02) cas cliniques.

Un cas clinique manifeste une schizophrénie simple et un autre cas présentant une schizophrénie paranoïde :

Nous nous sommes intéressées beaucoup plus à leur adaptation socio-familiale Nous avons utilisé aux besoins de l'enquête : un questionnaire ainsi que des entretiens semi-directifs avec les patients schizophrènes.

2. Présentation du lieu de la recherche :

On a effectué notre travail à l'établissement hospitalier spécialisé de psychiatrie de Oued Ghir situé dans la wilaya de Bejaïa. C'est un hôpital qui fonctionne avec des médecins généralistes, des psychiatres, des pédopsychiatres, des psychologues cliniciens et des infirmiers.

3. Population d'étude :

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des adultes souffrent d'une pathologie mentale diagnostiquée : schizophrénie. Nous avons choisis deux cas cliniques en la figure de

deux (02) hommes âgés respectivement de 23 ans et 34 ans. Dont, un a été diagnostiqué par le psychiatre traitant comme ayant une schizophrénie simple et l'autre une schizophrénie paranoïde.

4. La méthode utilisée :

Nous avons utilisé la méthode clinique. Celle-ci est destinée pour répondre à des situations concrètes des sujets souffrant de pathologie mentale et de quelle manière nous pouvons leur procurer de l'aide en tant que psychologues cliniciennes. La "méthode clinique" s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certaines étapes, aptitudes, comportement dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple). La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle place dans la dynamique individuelle. La méthode clinique comporte de niveau complémentaire: le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelle, entretien...etc) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation <<naturelle>> dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive de cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. (L.FERNANDEZ, JEAN-LOUIS PEDINIELLI, 2006, P.43).

Définition et application de l'échelle :

L'échelle est une technique pour assigner un score à des individus en vue d'un classement. Les échelles sont utilisées pour classer des individus ou des ensembles d'individus selon leurs réponses à des questions construites à partir d'indicateurs choisis. On regroupe ainsi un ensemble d'indicateurs choisis. On la classe alors sur une échelle allant de plus au moins ou d'une attitude extrême dans un sens jusqu'à l'extrême opposée. (M.ANGERS, 1997, P115). Nous avons eu recours à une échelle durant notre recherche.

- L'échelle de l'adaptation sociale (social ajustement scale SAS-2).

L'échelle d'ajustement sociale (SAS –II) : Cet instrument vise à évaluer spécifiquement l'adaptation sociale de patients qui présentent des troubles mentaux graves. Il comporte 9 échelles totalisant 57 items: le travail; la cohabitation avec la principale personne de la maisonnée; la sexualité; les relations parentales; les relations avec la famille éloignée; les loisirs et les relations sociales; les relations amoureuses; le bien-être personnel; et le degré d'adaptation générale. Les items sont évalués en général sur une échelle de type Likert en cinq points. Deux versions françaises sont disponibles: l'une pour les personnes qui souffrent de troubles psychotiques et qui séjournent en communauté (conforme à la version originale),

l'autre pour ceux qui résident soit en milieu hospitalier ou dans des ressources protégées. La version originale a donc dû être modifiée de façon importante pour répondre à cette dernière clientèle.

5. CAS CLINIQUES :

5.1 Cas clinique de Mr. HICHAM. H :

Nous allons étaler l'entretien semi-directif qu'on avait effectué avec Mr HICHAM.H. Il a pu répondre à toutes nos questions de la façon suivante :

Nous (psychologue chercheuse) : Bonjour comment allez-vous?

Mr. HICHEM .H: Bonjour, ça va

Nous : comment vous vous appelez ?

Le patient : Hicham

Nous : quel âge avez-vous ?

Le patient : 23ans

Nous : quelle est votre situation matrimoniale ?

Le patient : célibataire

Nous : quel est votre niveau d'étude ?

Le patient : première année universitaire

A/- Questions sur l'histoire de la maladie et les traitements médicamenteux :

Nous (psychologue chercheuse) : **depuis quand vous avez commencé à ressentir les symptômes de votre maladie mentale?**

Mr. HICHEM .H: depuis 2021 environ.

Nous : êtes-vous au courant de la maladie psychiatrique ?

Le patient : non

Nous : depuis quand êtes-vous hospitalisé ?

Le patient : 25jours

Nous : est-elle votre première hospitalisation ?

Le patient : oui

Nous : qui vous a amené à l'hôpital ?

Le patient : mes parents

Nous : en quelle année avez-vous commencé la prise de médicament psychotropes ?

Le patient : 2021

Nous : combien de médicament votre psychiatre vous-a-t-il prescrit ?

Le patient : un seul médicament

Nous : connaissez-vous le nom de vos médicaments ?

Le patient : non

Nous : combien de fois par jour vous prenez vos médicaments ?

Le patient : une fois par jour

Nous : êtes-vous régulier dans leurs prise ?

Le patient : oui

B/- Questions sur l'adaptation et/ou l'inadaptation socio-familiale depuis la maladie mentale : la schizophrénie.

Nous (psychologue chercheuse) : ressentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement actuel ?

Mr. HICHEM. H: Bien

Nous : est-ce que vous avez accepté la chronicité de votre maladie mentale ?

Le patient : non

Nous : est-ce que vous avez des difficultés de vivre avec cette maladie ?

Le patient : oui

Nous : est-ce que il y a des personnes qui souffrent de cette maladie dans ta famille ?

Le patient : oui

Nous : lequel ou lesquels ?

Le patient : mon frère

Nous : vous avez des autres maladies psychiatriques en plus de votre maladie psychiatrique actuelle ?

Le patient : non

Nous : est-ce que votre maladie a changé beaucoup de choses dans votre vie ?

Le patient : oui

Nous : quelle image avez-vous de la société ?

Le patient : normal

Nous : comment les membres de la société vous perçoivent en tant que personne malade

Le patient : aucune réponse

Nous : comment vous ressentez-vous ?

Le patient : mal

Nous : avez-vous des capacités mentales requises, pour pouvoir vous adapter a la société Le patient : non

C/- Entretien clinique avec le père de Mr. HICHAM :

Nous (psychologue chercheuse) : comment avez-vous découvert qu'il est devenu malade mental ?

Le père : suite aux changements de son comportement.

Nous : quel éteint les symptômes que vous avez remarqué chez lui Le

père : instabilité motrice, isolement impulsivité.

Nous : est-ce que les symptômes ont apparus brutalement ou progressivement chez lui ?

Le père : oui progressivement

Nous : était-il en plein de travail lorsqu'il est tombé malade ?

Le père : non

Nous : Est-ce qu'il un suivi un traitement en ambulatoire chez psychiatre Le

père : oui

Nous : a-t-il était hospitalisé juste après l'apparition de sa maladie ?

Le père : oui

Nous : est-ce que vous avez remarqué un changement après son hospitalisation ?

Le père : oui

Nous : est-ce qu'il a repris son travail juste après son admission hospitalière ? Le

père : non

Nous : est-ce qu'il est en maladie ?

Le père : non

Nous : lui arrive-t-'il de sortir en public ?

Le père : oui

Nous : Est-ce qu'il communique avec vous, ou bien il est complètement autistique ? Le

père : oui il communique.

5.2 ANALYSE PSYCHOLOGIQUE DU CAS CLINIQUE DE Mr. HICHAM.H :

a) Le résumé anamnestique de Mr. HICHAM.H :

Mr. HICHAM. H est un patient schizophrène âgé de 23ans, célibataire. Il a un niveau d'instruction universitaire (première année universitaire). Il a un frère qui souffre de la même maladie que lui. Mr. HICHEM répond favorablement au traitement prescrit par les psychiatres, IL n'accepte pas la chronicité de sa maladie mentale, il a du mal à vivre avec ça en tant qu'étudiant. Mr. Hicham dit que cette maladie a changé beaucoup de choses dans sa vie, à cause de sa maladie il avait du mal à pouvoir s'adapter à l'environnement socio-familial.

b) Diagnostic psychiatrique :

D'après le psychiatre traitant Mr. Hicham est sous traitement psychiatrique depuis 2021. Il souffre d'une psychose chronique qu'est *la schizophrénie simple*. Le tableau psychosymptomatique de celle-ci est associé à une démotivation, un comportement bizarre et une négligence de l'hygiène personnelle. Bien plus, il souffre aussi d'isolement social et une dissociation de la pensée.

c) Traitements :

Mr Hicham est suivi régulièrement par son psychiatre traitant. Il est mis sous un traitement d'antipsychotiques, et une thérapie cognitive et comportementale administrée par la psychologue clinicienne du service.

d) Pronostic :

D'après le diagnostic proposé par le psychiatre traitant de Mr Hicham, la schizophrénie simple dont souffre le patient sus-indiqué répond bien aux traitements (médicamenteux et psychothérapeutiques) ce qui a permis à Mr. HICHAM de s'adapter et de reprendre une vie sociale satisfaisante.

***Conclusion**

Mr. HICHAM souffre d'une schizophrénie simple. Il était totalement inadapté à l'environnement socio-familial, mais après la prise en charge psychiatrique et psychologique il a repris sa vie et par voie de conséquence il a pu s'adapter aux milieux social et familial.

5.2 CAS CLINIQUE DE Mr. MENNAD :

Nous allons étaler l'entretien semi-directif qu'on avait effectué avec Mr Mennad. Il a pu répondre à toutes nos questions de la façon suivante :

5.2.1 Entretien clinique avec Mr Mennad

Nous (Psychologue chercheuse) : Bonjour ça va ?

Le patient (Mr Mennad) : Bonjour, ça va Nous
: comment vous vous appelez ?

Le patient : Mennad

Nous : quel âge avez-vous ?

Le patient : 34ans

Nous : quelle est votre situation matrimoniale ?

Le patient : célibataire

Nous : quel est votre niveau d'étude ?

Le patient : secondaire

Nous : avez-vous passez des diplômes professionnel ou technique ?

Le patient : oui

Nous : si oui, précisez le type de diplôme

Le patient : électromécanique

Nous : quelle était votre profession ?

Le patient : électromécanique

A /Questions sur l'histoire de la maladie et traitement médicamenteux

Nous (Psychologue chercheuse) : depuis quand les symptômes ont commencé ?

Mr Mennad : depuis 2016

Nous : êtes-vous au courant de la maladie psychiatrique ?

Le patient : non

Nous : depuis quand êtes-vous hospitalisé ?

Le patient : depuis 2016

Nous : est-elle votre première hospitalisation ?

Le patient : non

Nous : Comment ressentez-vous pendant l'hospitalisation ?

Le patient : indifférent

Nous : qui vous a amené à l'hôpital ?

Le patient : mes parents

Nous : en quelle année avez-vous commencé la prise de médicament psychotropes ?

Le patient : 2016

Nous : combien de médicament votre psychiatre vous-a-t-il prescrit ?

Le patient : un seul médicament

Nous : connaissez-vous le nom de vos médicaments ?

Le patient : DOLMAZINE

Nous : combien de fois par jour prenez-vous vos médicaments ?

Le patient : une seule fois la nuit

Nous : êtes-vous régulier dans leurs prise ?

Le patient : oui

B/Questions d'adaptation et/ou d'inadaptation avec la schizophrénie :

Nous : ressentez-vous une amélioration de votre état de santé avec votre traitement actuel ?

Le patient : indifférent

Nous : est-ce que vous avez accepté la chronicité de votre maladie mentale ?

Le patient : non

Nous : est-ce que vous avez des difficultés de vivre avec cette maladie ?

Le patient : oui

Nous : est-ce que il y a des personnes qui souffrent de cette maladie dans ta famille ?

Le patient : oui

Nous : lequel ou lesquels ?

Le patient : mon père et mon frère

Nous : vous avez des autres maladies psychiatriques en plus de votre maladie psychiatrique actuelle ?

Le patient : non

Nous : est-ce que votre maladie a changé beaucoup de choses dans votre vie ?

Le patient : oui

Nous : quelle image avez-vous de la société ?

Le patient : chacun a sa mentalité

Nous : comment les membres de la société vous perçoivent en tant que personne malade

Le patient : indifférent

Nous : comment vous ressentez-vous ?

Le patient : mal

Nous : avez-vous des capacités mentales requises, pour pouvoir vous adapter a la société Le patient : oui

C/Entretien clinique avec la mère de Mr Mennad

Nous : comment avez-vous découvert qu'il est devenu malade mental ?

La mère : suite aux changements de son comportement.

Nous : quel étaient les symptômes que vous avez remarqué chez lui

La mère : instabilité motrice, isolement, impulsivité ...

Nous : est-ce que les symptômes ont apparus brutalement ou progressivement chez lui ?

La mère : oui progressivement

Nous : était-il en plein de travail lorsqu'il est tombé malade ?

La mère : non

Nous : Est-ce qu'il a suivi un traitement en ambulatoire chez psychiatre La

mère : oui

Nous : a-t-il était hospitalisé juste après l'apparition de sa maladie ?

La mère : oui

Nous : est-ce que vous avez remarqué un changement après son hospitalisation ?

La mère : oui

Nous : est-ce qu'il a repris son travail juste après son admission hospitalière ?

La mère : non

Nous : est-ce qu'il est en maladie ?

La mère : non

Nous : lui arrive-t-il de sortir en public ? La

mère: oui

Nous : Est-ce qu'il communique avec vous, ou bien il est complètement autistique ? La

mère : oui il communique.

5.2.5 Analyse de cas clinique de Mr.MENNAD

Le résumé anamnestique de Mr.Mennad

Mr Mennad est un patient schizophrène âgé de 34ans, célibataire, il à un niveau d'instruction secondaire, avec un diplôme d'électromécanique, il a un père et un frère qui souffrent de la même maladie que lui. Mr Mennad répond favorablement au traitement prescrit par les psychiatres, il refuse la chronicité de sa maladie mentale, dit que cette maladie a changé tellement de choses dans sa vie. Mr Mennad rajoute que la société refuse sa présence, il avait du mal à pouvoir s'adapter à l'environnement socio-familial.

*** Diagnostic psychiatrique :**

D'après le psychiatre traitant Mr Mennad est sous traitement psychiatrique depuis 2016 .Il souffre d'un délire mystique qu'est de la schizophrénie paranoïde, le tableau psychosymptomatique de celle-ci est associé à un fonctionnement social gravement perturbé par ses croyances délirantes qui dominent sa réalité subjective par une interprétation de la réalité liée à des thèmes religieux.

*** Traitement :**

Mr Mennad est suivi régulièrement par son psychiatre traitant. Il est mis sous un traitement d'antipsychotiques, et une thérapie cognitive et comportementale administrée par la psychologue clinicienne du service.

*** Pronostic :**

D'après le diagnostic proposé par le psychiatre traitant de Mr Mennad, la schizophrénie paranoïde dont souffre le patient sus-indiqué répond bien aux traitements (médicamenteux et psychothérapeutiques) ce qui a permis à Mr Mennad de s'adapter et de reprendre une vie sociale satisfaisante.

***Conclusion**

Mr Mennad souffre d'une schizophrénie paranoïde. Il était totalement inadapté à l'environnement socio-familial, mais après la prise en charge psychiatrique et psychologique il a repris sa vie et par voie de conséquence il a pu s'adapter aux milieux social et familial.

6. Analyse clinique des deux cas :

Vue les réponses de Mr Hicham et d'après son diagnostic on a constaté qu'il représente une schizophrénie simple qui est manifesté par une souffrance d'une psychose chronique associé à une démotivation et un comportement et des idées désorganisées et l'isolement.

Grâce à la prise en charge psychiatrique par un psychiatre qui le suit avec un traitement d'antipsychotiques et un psychologue qui l'aide avec la thérapie cognitive et comportementale, Mr Hicham commence à s'adapter et à communiquer sans s'isoler.

D'après le diagnostic de Mr Mennad on a constaté qu'il représente une schizophrénie paranoïde est manifesté par une souffrance d'un délire mystique.

Grâce au traitement psychiatrique et la prise en charge de la psychologue et avec un soutien familial solide, Mr Mennad commence à s'adapter à la société.

7. Analyse et discussion de l'hypothèse :

La schizophrénie est une maladie mentale complexe qui peut se manifester par de différents tableaux symptomatiques. Tous les patients schizophrènes ne connaissent pas nécessairement les mêmes problèmes d'inadaptation sociale.

Les difficultés d'adaptation sociale chez les personnes schizophrènes peuvent être liées à des différents aspects de la maladie. Le schizophrène pourrait être adapté à la société à partir d'une bonne prise en charge psychologique et psychiatrique.

A ce stade d'analyse, nous devons signaler que notre présence au service de consultations psychiatriques en ambulatoires ainsi que nos observations de patients hospitalisés, sans oublier également les entretiens avec les parents de schizophrènes on a constaté que les deux cas cliniques de notre étude de recherche manifestent une inadaptation en leurs milieux : social et familial

Notre hypothèse élaborée comme suit : « *Le schizophrène souffre d'inadaptation sociale* » a été confirmée en fonction des entretiens semi-directifs avec les deux cas cliniques ainsi qu'avec leurs parents respectifs. .

Conclusion générale

Durant ce travail de recherche sur l'adaptation et/ou l'inadaptation socio-familiale du schizophrène. Nous pouvons retenir en périphe de cette petite expérience que le travail avec des malades schizophrènes n'est pas une simple tâche. On n'a pas pu passer l'échelle d'adaptation sociale (*social ajustement scale SAS-II*) et ce pour des raisons pédagogiques. Nous nous sommes contentés à travailler avec les entretiens avec les deux cas cliniques et leurs parents.

Faisons référence à nos techniques d'observations et d'entretiens semi-directifs avec les deux patients schizophrènes et leurs parents, nous avons confirmé notre hypothèse du début du travail de recherche.

En outre, l'analyse des deux cas cliniques que nous avons effectués, montre que la prise en charge psychiatrique et psychothérapeutique de schizophrène est d'un grand apport dans le maintien de l'adaptation du schizophrène dans son milieu familial et social.

Enfin, la schizophrénie doit être abordée d'une manière holistique, en considérant à la fois les aspects psychiatriques et les enjeux psychologiques dans l'insertion socio-familiale. C'est un défi complexe, mais des progrès importants ont été réalisés et continuent d'être poursuivis pour améliorer la qualité de vie des personnes atteintes de troubles ou bien de maladies mentales.

Au terme de cette expérience, il est devenu nécessaire de soutenir et favoriser l'autonomie en permettant aux malades d'accroître leurs capacités de vivre en harmonie dans la société, de travailler et d'entrer en relation avec autrui sans stigmatisation, ostracisme et discrimination sociale.

BIBLIOGRAPHIE :

- 1) AMERICAIN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2013, 5^{eme} édition.
- 2) C.AZOULAY & C.CHABERT, processus de la schizophrénie, 2005, DONUD.
- 3) DEMILY CAROLINE & NICOLAS FRANCK, 2013, schizophrénie : diagnostic et prise en charge, France.
- 4) KAPSAMBELIS, V. 2012. Manuel de psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. Presses Universitaires de France.
- 5) ESTELLE LOUET & CATHERINE AZOULAY, 2016, schizophrénie et paranoïa, DONUD.
- 6) EVAN GASMAN & NICOLAS LEBLE, 2013-2014, psychiatrie de l'enfant de l'adolescent et de l'adulte, Editions VERNAZOBRES-GREGO. France.
- 7) H.BLOCH & R.CHEMAMA, 1991, le grand dictionnaire de la psychologie, LAROUSSE.
- 8) HENRY.EY, manuel de psychiatrie, 1989, 6^{ème} édition, PARIS.
- 9) JULIEN-DANIEL GUELFY FREDERIC ROUIL LON, 2012, manuel de psychiatrie, 2^{eme} édition, PARIS.
- 10) MARC-ANTOINE CROCQ ET JULIEN DANIEL GUELFY, mini DSM5, 2015.
- 11) MOHAMED SAOUD/THIERRY D'AMATO, 2006, La schizophrénie de l'adulte des causes aux traitements.
- 12) NICOLAS MAGES ET PR THIERRY D'AMATO, 2016, la schizophrénie en clair, éditeur ELLIPSES.

REVUES :

- 1) GIACOMO CANEPA, Les nouveaux risques de « l'ère de l'opulence » : l'inadaptation et les politiques d'action sociale en France (1945-1969).
- 2) INSERM, Schizophrénie intervenir au plus tôt pour limiter la sévérité des troubles, 2017.
- 3) JOHN W. BARNHILL, Troubles de l'adaptation, New York-Presbyterian Hospital. Le Manuel MSD.

-
- 4) KERN & AL, 2009 psychosocial treatment to promote functional recovery in schizophrenia.
 - 5) L.FERNANDEZ&JEAN-LOUIS PEDINIELLI, 2006, la recherche en psychologie clinique.
 - 6) MARCELO OTERO, 2005, santé mentale adaptation sociale et individualité contemporaine, cahier de recherche sociologique.

Bibliographie

- 7) MICHEL JANOSZ, 1998, la prévention de l'inadaptation sociale, érudit.
- 8) UCOK ET P.GORWOOD, employment and its relationship with functionality and quality of life in patients with schizophrenia, 2020. UNIVERSITE DE LAUSSANNE, 2016, comportement agressifs et prosociaux.

Résumé

La schizophrénie est à la fois un diagnostic psychiatrique et une expérience humaine complexe qui engendre une souffrance considérable. Il est crucial de reconnaître que cette condition va au-delà de l'étiquette diagnostique et impacte profondément la vie des individus qui en souffrent. En lien avec l'inadaptation sociale, il est essentiel de comprendre que les personnes atteintes de schizophrénie peuvent rencontrer des difficultés à s'intégrer dans la société en raison des symptômes de la maladie, tels que les hallucinations, les idées délirantes et les troubles de la pensée. Il est donc primordial d'offrir un soutien adéquat, à la fois sur le plan médical et social, pour aider ces individus à mieux vivre avec leur condition et à s'intégrer dans la société de manière plus équilibrée.