

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

THÈME :

**La Dynamique Familiale des
Patients Schizophrènes**

Réalisé par :

DJENANE Nardjesse

KARED Sara

Encadré par :

BENAMSILI Lamia

Année Universitaire : 2017 / 2018

Remerciements

D'abord, nous tenons à témoigner de notre immense reconnaissance à notre encadreur, madame HADERBACHE Lamia. Nous la remercions pour sa présence avisée, sa disponibilité à toute épreuve et ses incroyables efforts à l'égard de notre travail. Une mention spéciale pour ses mails pertinents, source d'encouragements, est sans nul doute de rigueur.

Nous remercions ensuite les membres du jury de nous faire l'honneur d'évaluer ce travail et d'y apporter leurs avis éclairés.

Nos remerciements s'adressent également à l'ensemble du personnel de l'établissement où a eu lieu notre recherche, le CHU - Frantz Fanon de Béjaïa. Merci au professeur du service psychiatrique, ADJA El Hamid, de nous avoir accueillies, guidées et rassurées quand il le fallait et puis surtout, d'avoir ouvert pour nous les portes de sa bibliothèque ! Merci aux docteurs ABASSI Amel et TIZI Dalila pour leur apport savant en ce qui concerne l'approche systémique. Merci également aux docteurs DJILALI Aissa et ALI PACHA Nadjib pour leur attention et leurs enseignements. Nous remercions aussi le Chef de service, BOUGUETTAYA Nabila, pour son aide, sa confiance et son autorité bienveillante.

Un merci, et non des moindres, aux patients et familles qui ont bien voulu s'investir dans la recherche et nous ont accordé de leur précieux temps.

Enfin, merci à *l'homme aux chats*, qui se reconnaitra, pour ses précieux bons offices.

Bref, à tous les intervenants, de près ou de loin, merci.

Dédicaces

A nos familles.

DJENANE Nardjesse,

KARED Sara.

Introduction.....1

PARTIE THEORIQUE

CHAPITRE I : Schizophrénie

Préambule.....7

- 1) Historique de la schizophrénie.....7
- 2) Définition de la schizophrénie.....10
- 3) Sémiologie de la schizophrénie.....12
- 4) Diagnostic de la schizophrénie.....14
- 5) Formes cliniques fréquentes de la schizophrénie.....17
- 6) Epidémiologie de la schizophrénie.....21
- 7) Développement et évolution de la schizophrénie.....23
- 8) Etiopathogénie de la schizophrénie.....25
- 9) Traitements de la schizophrénie.....29
- 10) Institution psychiatrique.....32

Synthèse.....35

CHAPITRE II : Dynamique Familiale

Préambule.....37

I) Le groupe

- 1) Définition du groupe.....38
- 2) Différentes formes de groupes.....40
- 3) Caractéristiques du groupe.....42

II) La dynamique du groupe

- 1) Définition de dynamique des groupes.....44
- 2) Etude des groupes en sciences sociales.....45

III) La famille

1) Historique de la famille.....	50
2) Définition de la famille.....	53
3) Typologie de la famille.....	58
4) Fonctions de la famille.....	59
5) Caractéristiques de la famille algérienne.....	61
6) Maladie mentale dans la famille.....	62
7) La famille algérienne face à la maladie mentale.....	64

IV) La dynamique familiale

1) Historique de la dynamique familiale.....	66
2) Définition de la dynamique familiale.....	69
3) Approches théoriques de la dynamique familiale.....	71
4) Typologie de la dynamique familiale.....	77
5) Outils évaluant la dynamique familiale.....	80
6) Dynamique familiale et maladie mentale.....	84

Synthèse.....	87
---------------	----

Problématique et Hypothèse.....	89
--	-----------

PARTIE PRATIQUE

CHAPITRE III : Méthodologie de la Recherche

Préambule.....	101
1) Méthode utilisée dans la recherche.....	101
2) Lieu de recherche.....	105
3) Groupe de recherche.....	106
4) Outils de recherche.....	108
5) Déroulement de la recherche.....	117
6) Limites et difficultés de la recherche.....	124
Synthèse.....	124

CHAPITRE IV : Présentation, Analyse et Discussion des Résultats

Préambule.....	127
I) Présentation et analyse des résultats	
CAS N°1 Lucrece Borgia / Famille Borgia.....	127
CAS N°2 Bill Gates / Famille Gates.....	139
CAS N°3 Sweeney Todd / Famille Todd.....	149
CAS N°4 Charles Darwin / Famille Darwin.....	159
CAS N°5 Branwel Brontë / Famille Brontë.....	169
CAS N°6 Alfred Douglas / Famille Douglas.....	174
II) Discussion des résultats de la recherche.....	181
Synthèse.....	186
Conclusion.....	188
Liste bibliographique.....	193
Annexes	

Liste des tableaux

N° du Tableau	Titre	Page
Tableau N°1	Tableau récapitulatif des familles enchevêtrées et des familles désengagées.	80
Tableau N°2	Caractéristiques du groupe de recherche.	106
Tableau N°3	Tableau récapitulatif des résultats	186

Liste des figures

N° de la Figure	Titre	Page
Figure N°1	Génogramme du Cas N°1, la famille Borgia.	136
Figure N°2	Génogramme du Cas N°2, la famille Gates.	147
Figure N°3	Génogramme du Cas N°3, la famille Todd.	156
Figure N°4	Génogramme du Cas N°4, la famille Darwin.	167
Figure N°5	Génogramme du Cas N°5, la famille Brontë.	173
Figure N°6	Génogramme du Cas N°6, la famille Douglas.	179

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N°1	Guide d'entretien semi-directif.
Annexe N°2	Iconographie du génogramme.
Annexe N°3	Clé de lecture du génogramme.

Liste des abréviations

- APA : *American Psychiatric Association* (Association américaine de psychiatrie).
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire.
- CIM : Classification Internationale des Maladies.
- DSM : *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).
- EE : *Expressed Emotions* (Emotions Exprimées).
- FMSS : *Five Minutes Speech Sample* (Discours de cinq minutes).
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

C'est un fait ; la schizophrénie trouve foyer dans toutes les cultures, toutes les classes sociales, partout dans le monde. L'Algérie ne déroge pas à la règle et abrite, elle aussi, son lot de personnes touchées. Il n'empêche que, cette maladie à portée planétaire, reste pourtant, et ce jusqu'à nos jours, très méconnue, voire mal interprétée et mal vue. Dans la culture populaire on la confond même, à tort, et souvent, avec les troubles de dédoublements de la personnalité. La maladie n'étant pas comprise et encore moins admise, la personne schizophrène doit, en plus de faire face à ses conflits intérieurs, affronter le regard décontenancé de la société. Chose d'autant plus délicate dans une société telle que la notre, où foisonnent préjugés, superstitions, analphabétisme et convictions religieuses.

Ainsi, lorsqu'on se rapproche de ce personnage, lui qui est affecté dans sa manière de penser, de ressentir, de percevoir et de se comporter, trouvant des difficultés à raisonner clairement, à faire la différence entre ce qui est réel et ce qui ne l'est pas, à contrôler ses émotions, à prendre les bonnes décisions et à entretenir des relations avec les autres, l'on peut aisément en imaginer l'impact sur sa vie sociale, en général, et sur sa vie de famille, en particulier.

Du reste, le schizophrène, le *malade mental* ou plus communément appelé *fou*, peut être perturbateur et considéré comme élément de honte et source de déshonneur pour sa maisonnée dans une société où les apparences et le *paraître* prédominent. Dans un autre cas de figure, c'est la famille, qui au lieu de blâmer le malade, soupçonne être, elle-même la racine du problème et se questionne sur sa culpabilité vis-à-vis de la situation de handicap dont souffre son parent schizophrène. Par ailleurs, ce serait vraisemblablement les relations perturbées dans la famille qui engendreraient la schizophrénie, ou à l'inverse, les relations chaotiques dans la famille qui résulteraient du fardeau que constitue le fait de vivre avec un proche schizophrène. Aujourd'hui, il est plutôt question de voir la

famille comme un acteur actif, un partenaire de soin et donc une source non négligeable.

Aussi, et dans le cadre de nos études en Master de Psychologie Clinique, nous avons eu la possibilité d'effectuer un stage pratique au service psychiatrique du CHU - Frantz Fanon de Béjaïa ; service de soins spécialisés qui accueille une population spécifique dont la problématique générale inclut maladie mentale et notion de dangerosité psychiatrique. La majorité des patients rencontrés en ces lieux présentent des troubles psychotiques dont la forme la plus grave se trouve être la schizophrénie. Comme relaté plus haut, ledit trouble, pourtant très répandu, demeure méconnu et obscur et nous avons été très interpellées par les représentations, jugements et négligences manifestés envers les personnes schizophrènes d'une part et leurs familles de l'autre. Toutefois, très peu de recherches en psychologie clinique portent sur les familles de schizophrène en Algérie ; nous nous sommes donc modestement penchées sur la question. Notre travail de recherche s'est alors intéressé aux patients hospitalisés et leurs familles respectives à dessein de cerner la *dynamique familiale* spécifique aux malades atteints de schizophrénie. Nos objectifs ont dès lors été de connaître, comprendre et décrire le fonctionnement des familles de patients schizophrènes. Nous avons voulu mettre la famille et le malade sur un seul et même plan de telle manière à déceler et observer le dérèglement qui survient chez la famille de schizophrène suite à la souffrance de leur proche du fait qu'elle puisse elle-même souffrir ou être vecteur de souffrance. Pareillement, la souffrance individuelle du patient risque la modification de choses relevant du fonctionnement groupal familial. En effet, La famille n'est autre que le groupe primaire dans lequel l'être humain est plongé au commencement de son existence. C'est aussi un lieu où des liens se tissent ; les relations, et les interactions qui s'y produisent font de la famille un objet dynamique. Lorsque cette *dynamique familiale* est apparentée à un membre souffrant, celui-ci

représente le symptôme de sa famille. La souffrance psychique née de ce mécanisme devient envahissante et occupe tout l'espace relationnel de la famille, ces interactions pathogènes empêchent celui qui en est victime d'y faire face et peut même altérer tout le système familial.

Le travail a en conséquence eu lieu auprès d'un groupe de recherche constitué de 6 cas, soient 6 patients schizophrènes et leurs familles respectives sous les regards et conseils avisés des spécialistes du service psychiatrique. Bien que nous souhaitions réunir la famille proche au complet pour les entrevues groupales, nous avons dû nous contenter de travailler uniquement avec deux ou trois membres de la famille de chaque patient ; membres par qui nous avons tenté d'obtenir le maximum d'informations concernant leurs modes de vie, leurs relations et interactions avec le malade ainsi que le statut et les rôles de chacun au sein de la famille. Pour ce faire, nous avons privilégié l'approche systémique en raison de son pouvoir d'unification et d'intégration (sans pour autant négliger les précieuses contributions des autres approches) et adopté le jargon des psychiatres, influencées par le lieu. Dans ce sens et dans la continuité de nos lectures sur le sujet, nous avons retenu comme indicateurs de la dynamique familiale à estimer la notion de communication sous forme de langage ou en terme de comportements, notant que la communication est un élément essentiel à l'interaction et donc à la dynamique familiale ; aussi la notion des *Emotions Exprimées*, concept particulier désignant l'ensemble des attitudes des proches vis-à-vis du malade et dont l'outil de mesure permettrait d'évaluer le climat émotionnel régnant entre un sujet et un membre de sa famille.

Pour collecter les données convoitées auprès des participants, nous nous sommes aidées de trois outils, soient : l'entretien, le génogramme, et le *Five Minutes Speech Sample*. Ces outils ont été choisis du fait de leur capacité à recueillir une masse d'informations conséquente permettant d'étudier le fonctionnement familial en profondeur et de manière exhaustive. De même, ils

donnent la possibilité aux participants (le malade et sa famille) d'exprimer librement leurs idées et ressentis et nous offre, à nous autres, celle d'appréhender l'univers relationnel des patients à travers des indicateurs cliniques et opérationnels.

Ce mémoire porte donc sur la *dynamique familiale des schizophrènes*. Et comporte naturellement les deux parties fondamentales de tout mémoire, à savoir : les parties *théorique* et *pratique*. La première, regroupe deux chapitres ; l'un portant sur la *schizophrénie*, l'autre sur la *dynamique familiale*. Dans le premier chapitre : un historique de la schizophrénie, ses définitions, la sémiologie, le diagnostic, ses formes, l'épidémiologie, l'évolution, l'étiopathogénie, et les modalités de prise en charge thérapeutique. Dans le deuxième : une partie sur le groupe, ses formes et ses caractéristiques ; une autre sur la dynamique du groupe et son étude en sciences sociales ; celle concernant la famille et ses fonctions, notamment la famille algérienne face à la maladie mentale ; et enfin, une partie détaillant la dynamique familiale dont ses types et les notions conceptuelles qui lui sont liées. S'en suit alors notre problématique de recherche et les hypothèses soumises. Dans la deuxième partie, relative à l'aspect pratique de la recherche, nous avons inséré deux chapitres dont l'un est celui de la méthodologie employée pour la recherche qui introduit la méthode utilisée soit : la méthode clinique qualitative ; les outils d'investigation appliqués durant l'enquête soient : le guide d'entretien, le génogramme, et le *Five Minutes Speech Sample* ; et la présentation du groupe et du lieu de recherche. Notre quatrième et dernier chapitre, en deux parties, est quant à lui consacré à la présentation des résultats et leur analyse en premier lieu, puis à la discussion des hypothèses, en second. Nous terminons, enfin, par une conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

PARTIE
THEORIQUE

Chapitre I

Schizophrénie

Préambule

Le champ des schizophrénies est sans doute l'un des plus explorés en psychiatrie. Et le nombre d'articles concernant cette maladie est considérable.

La gravité de la schizophrénie concerne essentiellement son évolution fréquente vers un déficit cognitif et une baisse des performances professionnelles et sociales. Généralement chronique, elle engendre des répercussions non-négligeables du côté individuel du patient mais aussi du côté familial de ce dernier.

Dans ce premier chapitre, consacré à ce trouble mental, nous allons exposer : un historique de la schizophrénie, quelques définitions et sémiologie. Ainsi que le diagnostic de la maladie et ses formes cliniques les plus fréquentes. Nous aborderons aussi son épidémiologie, son évolution, et son étiopathogénie. Enfin, nous verrons les traitements, l'institution psychiatrique et la schizophrénie en Algérie.

1) Historique de la Schizophrénie

Dès l'Antiquité, les médecins, penseurs et philosophes grecques et romains, semblaient reconnaître l'origine physiologique de la maladie mentale. En effet, tant Pythagore que Socrate, Platon et Cicéron, reconnaissent le cerveau comme étant le siège de l'intelligence humaine. Cicéron ajoutera même qu'il est inutile de blâmer les dieux pour les problèmes de santé mentale des humains : « *L'homme est le seul responsable de son comportement, qu'il soit normal ou morbide* », écrivit-il.

Le Moyen Âge allait marquer une nouvelle ère. Aux questions soulevées par les guerres, les grandes épidémies, la pauvreté et toutes les misères qui pouvaient se présenter, une nouvelle réponse s'était imposée : la religion. Seule compte la foi. C'est ainsi que le psaume 53 reprend du gallois. « *Le fou est celui qui dit en son cœur que Dieu n'existe pas* ». Les maladies mentales sont considérées surtout

comme une punition faisant suite à un ou plusieurs péchés graves ou à des désordres moraux commis par le patient même, un membre de sa proche famille, ou ses ancêtres. Et pour les traitements, l'exorciste est appelé bien plus souvent que le médecin.

Sous l'Ancien Régime, quelques places étaient réservées dans les hôpitaux pour les « fous », mais le caractère pathologique de leur état n'était pas encore reconnu. Il fallu attendre la Révolution française pour que, sous l'influence de Philippe Pinel, ces malades fussent confiés aux médecins. (Sillamy, 2003, p.211)

En 1860, l'aliéniste Morel signale un groupe de déments « *frappés de stupidité dès leur jeune âge* ». Hecker va donner la description complète de cette forme dite hébéphrénie ; Kahlbaum va ensuite décrire une forme dans laquelle prédomine des troubles psychomoteurs : la catatonie. En 1899, Kraepelin regroupe ces syndromes qu'il appelle démence précoce.

Mais c'est à Bleuler que nous devons le concept et le nom de schizophrénie depuis 1911 (grec *skhizein*, fendre, et grec *phrên*, esprit). (Gofryd, 1994) « *Je nomme démence précoce, schizophrénie parce que, comme j'espère le démontrer, la dislocation (allemand. Spaltung) des diverses fonctions psychiques est un de ses caractères les plus importants. Pour la commodité, j'emploie le mot au singulier bien que le groupe comprenne vraisemblablement plusieurs maladies.* » (Bleuler, 1911) Dès lors, des termes nouveaux vont être créés pour mettre l'accent sur le trouble fondamental de ce syndrome, à savoir la « *coupure* » dans le fonctionnement de l'esprit : dissociation, scission, dislocation (Bleuler), discordance (Chaslin). (Gofryd, 1994)

L'apparition dans les années 1950 des classifications internationales a permis d'homogénéiser les diagnostics.

Dans les années 1970, la discordance des diagnostics a été mise en lumière par une première étude WHO comparant les diagnostics posés sur les mêmes entretiens par les anglais et les américains. On s'est alors efforcé de fixer des critères communs pour diminuer la variabilité de diagnostic d'un pays à l'autre. (Cooper & etc, 1972; Mura, Petretto, Bhat, & Carta, 2012)

Au début des années 1980, Crow définit une forme positive de la schizophrénie, ou syndrome de type I, et une forme négative de celle-ci, ou syndrome de type II. Le terme syndrome est préféré à celui de maladie afin d'indiquer que les deux syndromes peuvent subvenir séquentiellement ou en même temps (Crow, 1980). (Besche-Richard, Bungener, 2002)

En 1988, Gurling incrimine le mauvais fonctionnement d'un ou de plusieurs gènes situés sur le chromosome n°5. Certains croient qu'il pourrait s'agir de séquelles d'encéphalite, mais on ne trouve pas de lésions spécifiques de la schizophrénie. Freud note la fréquence de tendances homosexuelles inconscientes ; d'autres invoquent la mauvaise qualité du lien interhumain par suite d'une carence affective précoce ou de l'attitude castratrice d'une mère abusive, etc. La schizophrénie évolue tantôt par poussée, tantôt d'une façon continue. Elle est sensible aux neuroleptiques et la clozapine (Kane, 1988). (Sillamy, 2003, p.240)

Les fondements sur lesquels repose l'idée que la schizophrénie est une maladie clairement définie ont en effet été sévèrement ébranlés. (Murray, 2016) Dans la lignée des réflexions sur le concept de trouble du spectre autistique, l'idée que la psychose (typiquement caractérisée par des expériences hallucinatoires éprouvantes, des idées délirantes, des pensées confuses) puisse exister sur un continuum et à différents degrés est actuellement en discussion. La schizophrénie est alors décrite comme étant l'extrémité du spectre ou d'un continuum de symptômes. (Van Os, Linscott, Myin-Germeys, Delespaul, Krabbendam, 2009)

Jim Van Os, professeur de psychiatrie à l'université de Maastricht (Pays-Bas), estime que nous ne pouvons pas changer notre façon de penser la maladie sans changer notre vocabulaire. Aussi, il propose que le terme schizophrénie soit supprimé. (Guloksuz, Van Os, 2018) Il suggère de le remplacer par le concept de trouble du spectre de la psychose.

Ce qu'on appelle spectre de la schizophrénie correspond à la notion d'un continuum allant des formes de la schizophrénie décrites ci-dessous à des troubles moins sévères ou mineurs qu'on peut désigner comme troubles de la personnalité apparentés à la schizophrénie. Ces troubles apparentés ne le sont pas seulement du point de vue de la symptomatologie, mais aussi parce qu'ils se rencontrent plus fréquemment chez les membres de famille d'un patient schizophrène, de sorte qu'on suppose qu'ils partagent des facteurs étiologiques, surtout génétiques, avec la schizophrénie. (De Perrot, Weyeneth, 2004)

Ainsi nous retrouvons actuellement dans le DSM-5 (2015), regroupé sous le terme de troubles du spectre schizophrénique : La schizophrénie, le trouble schizophréniforme, les psychoses réactives brèves (bouffées délirantes aiguës), et enfin les personnalités schizoïde, schizophrénique, et paranoïaque.

2) Définition de la Schizophrénie

Il existe, tout naturellement, plusieurs définitions concernant la schizophrénie et celles-ci sont disponibles dans tout type d'ouvrages, notamment les dictionnaires. Nous allons, ici, en relever quelques-unes pour comprendre de quoi il s'agit exactement.

Le Grand Dictionnaire de la Psychologie (2011) précise au sujet de la schizophrénie : « *(n.f. angl. Schizophrenia) Psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, cliniquement caractérisée par des signes de dissociation mentale, de discordance affective et d'activité délirante incohérente,*

entraînant généralement une rupture de contact avec le monde extérieur et un repli autistique. » (Grand Dictionnaire de la Psychologie, 2011, p.820)

“Is this the real life?

Is this just fantasy?”

Queen (1975), Bohemian Rhapsody.

Le Dictionnaire de Psychologie (2003) ajoute que : « *Sous le terme de schizophrénie, on regroupe un ensemble de troubles tels que des idées délirantes (vol de pensée, par exemple), des hallucinations auditives (une voix commente les idées du sujet), un raisonnement illogique, l’indifférence affective, l’isolement social, une conduite étrange (accumuler des ordures, se parler en publique...).* » et que : « *La schizophrénie est une maladie universelle.* » On apprend aussi que : « *Le schizophrène vit dans un monde archaïque ; ses acquisitions et ses facultés intellectuelles ne sont pas détériorées de façon irréversible, mais sa pensée suite une logique qui lui est personnelle, égocentrique, magique. Retranché dans son univers morbide, il semble inerte et indifférent au monde qui l’entoure ; il vit dans la solitude de ses rêveries.* » (Sillamy, 2003, pp.239-240)

“Dreams are my reality”

Richard Sanderson (1980), Reality.

Par rapport aux symptômes : « *Les schizophrénies sont un groupe de psychoses qui ont en commun un ensemble de troubles dans lesquels dominant la discordance, l’incohérence idéoverbale, l’ambivalence, l’autisme, les idées délirantes et les hallucinations mal systématisées, et de plus profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l’étrangeté des sentiments, troubles qui ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité.* » (Gofryd, 1994, pp.80-81)

3) Sémiologie de la Schizophrénie

Les expressions cliniques de la schizophrénie sont très variées d'un malade à un autre, et fluctuent avec le temps. Par ailleurs, de très nombreux symptômes ont été décrits, dont aucun n'est pathognomonique, et qui se combinent de façon très variable, sans jamais réaliser de tableau clinique complet. (Guelfi, 2007)

Voici les critères diagnostiques pour la schizophrénie du DSM-5 (2015), la 5e édition du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*.

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

1. des idées délirantes ;
2. des hallucinations ;
3. un discours désorganisé (par exemple, fréquent déraillement ou incohérence) ;
4. un comportement excessivement désorganisé ou catatonique ;
5. des symptômes négatifs (c'est-à-dire, expression émotionnelle diminuée ou avolition).

B. Pour une partie significative du temps depuis le début de la perturbation, le niveau de fonctionnement dans un ou plusieurs domaines importants, tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels, est nettement en dessous du niveau atteint avant le début (ou en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, il y a un échec à atteindre le niveau attendu dans le fonctionnement interpersonnel, scolaire ou occupationnel).

C. Des signes continus de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit inclure au moins un mois de symptômes (ou moins si traités avec succès) qui remplissent le critère A (c'est-à-dire, les symptômes

de la phase active) et peuvent inclure des périodes de symptômes prodromiques (avant-coureurs, précurseurs) ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles, les signes de la perturbation peuvent se manifester par des symptômes négatifs seulement ou par deux ou plus des symptômes énumérés dans le critère A présents dans une forme atténuée (par exemple, des croyances bizarres, des perceptions inhabituelles).

- D. Le trouble schizoaffectif et le trouble dépressif ou bipolaire avec *caractéristiques psychotiques* (idées délirantes, hallucinations ou trouble de la pensée formelle) ont été écartés parce que soit 1) aucun épisode dépressif majeur ou maniaque n'a eu lieu en même temps que les symptômes de la phase active, ou 2) si des épisodes de trouble de l'humeur ont eu lieu pendant les symptômes d'une phase active, ils ont été présents pour une minorité de la durée totale des périodes actives et résiduelles de la maladie.
- E. La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (par exemple, une drogue d'abus, un médicament) ou à une autre condition médicale.
- F. S'il y a des antécédents de trouble du spectre de l'autisme ou d'un trouble de la communication apparu dans l'enfance, le diagnostic supplémentaire de schizophrénie est posé uniquement si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées, en plus des autres symptômes requis de la schizophrénie, sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins si traitées avec succès). (DSM-5, 2015, pp.116-117)

Il est à noter également que la schizophrénie diffère entre les deux dernières éditions du DSM (DSM-IV et DSM-5). Dans le DSM-IV (1994), la schizophrénie était d'abord présentée comme un mélange de symptômes positifs et négatifs, alors que, dans le DSM-5 (2015), il n'est jamais question de ces 2 groupes de symptômes (la notion même de symptômes positifs est totalement ignorée, et

comme on l'a vu précédemment, l'importance des symptômes négatifs a été minimisée).

Dans le DSM-5, l'accent est en revanche mis sur les troubles cognitifs et les troubles de l'humeur: il est écrit: « *des symptômes affectifs et de véritables épisodes de trouble de l'humeur sont courants dans la schizophrénie* », ce qui constitue une notion qui non seulement n'était pas présente dans le DSM-IV, mais aussi contredit les idées classiques sur la schizophrénie (marquée par la froideur et l'hermétisme – tout le contraire d'un trouble de l'humeur).

Dans le DSM-5, le diagnostic de schizophrénie comporte aussi « *la reconnaissance d'une constellation de signes et de symptômes associés aux déficits professionnels et au fonctionnement social* », et il est écrit que « *les personnes souffrant du trouble varient considérablement pour la plupart des caractéristiques car la schizophrénie est un syndrome cliniquement hétérogène* ». De telles caractéristiques n'étaient pas présentes dans le DSM-IV.

C'est en réalité toute une conception nouvelle et assez étonnante de la schizophrénie qui apparaît dans le DSM-5, où l'hétérogénéité considérable, la constellation de signes et l'importance des symptômes affectifs diluent les contours de la schizophrénie, qui ne ressemble plus du tout à ses descriptions classiques. On a supprimé le cœur de la schizophrénie en enlevant les sous-types, on supprime maintenant ses frontières en lui associant des symptômes affectifs et une constellation d'autres symptômes. (De Beaurepaire, 2014)

4) Diagnostic de la schizophrénie

« Les fous n'ont pas conscience de leur différence, ils sont emmurés dans leur souffrance. »

Tarik Taouche (2010), Schyzos, petites histoires de gens lambda, p.10.

4.1) Diagnostic différentiel

Le diagnostic différentiel de la schizophrénie correspond à la phase où le médecin psychiatre écarte la possibilité d'affections présentant des signes communs avec la maladie.

Le trouble schizophréniforme ; Il se caractérise par un tableau symptomatique équivalent à celui de la schizophrénie à l'exception de la durée (l'affection dure de un à six mois) et l'absence d'exigences d'une dégradation du fonctionnement.

Le trouble schizoaffectif ; Troubles épisodiques dans lesquels des symptômes affectifs et des symptômes schizophréniques sont conjointement au premier plan de la symptomatologie, mais ne justifient pas un diagnostic ni de schizophrénie, ni d'épisode dépressif ou maniaque. (CIM-10, 2012, p.185)

Le trouble délirant ; Trouble caractérisé par la survenue d'une idée délirante unique ou d'un ensemble d'idées délirantes apparentées, habituellement persistantes, parfois durant toute la vie. Le contenu de l'idée ou des idées délirantes est très variable. La présence d'hallucinations auditives (voix) manifestes et persistantes, de symptômes schizophréniques tels que des idées délirantes d'influence ou un émoussement net des affects, ou la mise en évidence d'une affection cérébrale sont incompatibles avec le diagnostic. Toutefois, la présence d'hallucinations auditives, en particulier chez les sujets âgés, survenant de façon irrégulière ou transitoire, ne permet pas d'éliminer ce diagnostic, à condition qu'il ne s'agisse pas d'hallucinations typiquement schizophréniques et qu'elles ne dominant pas le tableau clinique. (CIM-10, 2012, p.185)

Le trouble psychotique bref ; Il est une affection psychotique qui dure plus d'un jour et disparaît en moins d'un mois.

Le trouble psychotique partagé ; Il est une affection qui se développe chez une personne sous l'influence d'une personne qui présente des idées délirantes avérées de contenu similaire.

4.2) Diagnostic positif

Le diagnostic s'établit autour de trois axes principaux : le délire (encore appelé symptômes positifs), la dissociation et le repli autistique (ou symptômes négatifs).

Le délire ; est qualifié de paranoïde (à ne pas confondre avec paranoïaque), c'est-à-dire que ses thèmes et ses mécanismes sont polymorphes. Il n'est pas organisé, à l'inverse des délires paranoïaques qui sont très bien construits (par exemple dans le délire de jalousie paranoïaque, le patient interprétera le changement de parfum de sa femme, le passage d'une voiture devant sa maison ou encore le coup de fil tardif d'un inconnu comme des preuves de l'infidélité de son épouse ; à l'inverse, dans le délire paranoïde, il n'y a pas d'explication construite, les hallucinations peuvent être à la fois persécutrices, mégalomaniaques, mystiques...). (Lim-Sabbah, 2010)

La dissociation ; se définit quand la pensée, l'acte et l'affect ne sont plus reliés harmonieusement (par exemple, dire en souriant que sa mère est morte et qu'on l'aime beaucoup...). On parle alors de discordance au niveau clinique. Le syndrome dissociatif s'observe à plusieurs niveaux :

Au niveau de la pensée : barrage (le patient s'arrête de parler brutalement au milieu d'une phrase), fading (le débit verbal du patient diminue progressivement pour s'arrêter), pensée floue, hermétique (par exemple, discours pseudo-philosophique sans queue ni tête...), illogique, voire paralogique (interventions de théories abracadabrantes...). Tout cela entrave les capacités cognitives du patient ;

Au niveau du langage : néologisme (formation de mots inventés), voire néo-langage (langage inventé) ;

Au niveau des affects : vide ou ambivalence (coexistence de deux émotions contraires, par exemple la joie et la tristesse) ;

Au niveau psychomoteur : bizarrerie du comportement (maniérisme, aspect pseudo-effeminé), stéréotypies (répétitions de gestes, postures), voire syndrome catatonique (le patient ressemble à un statut de cire, immobile). (Lim-Sabbah, 2010)

Le repli autistique ; traduit la perte de contact avec la réalité extérieure. Et se manifeste par un détachement, une perte d'intérêt, une absence d'initiative, un retrait de la vie sociale. (Lim-Sabbah, 2010)

5) Formes cliniques fréquentes de la schizophrénie

Les psychiatres distinguent plusieurs formes de schizophrénie. Mais ici, seules les formes jugées fréquentes sur le terrain seront présentées :

5.1) Schizophrénie paranoïde

Elle est classiquement reconnue comme la forme la plus fréquente et la plus « floride » (ou productive) du point de vue symptomatique, et le délire paranoïde s'y trouve au premier plan. La schizophrénie paranoïde semble survenir plus tardivement que les autres formes et s'installe souvent dans les suites d'un, ou plusieurs, accès délirants aigus. Cette forme répond le mieux aux traitements neuroleptiques et évolue habituellement par poussées d'exacerbation délirante alternant avec des phases de rémission partielle au cours desquelles la symptomatologie résiduelle peut être plus ou moins bien jugulée par le traitement psychotrope. (Haouzir, Bernoussi, 2010) En l'absence de traitement ou en cas de résistance, l'évolution se fait vers un appauvrissement du délire, avec apparition du repli autistique. (Gasman, Allilaire et autres, 2009)

La schizophrénie paranoïde se caractérise essentiellement par la présence d'idées délirantes relativement stables, souvent de persécution, habituellement accompagnées d'hallucinations, en particulier auditives, et de perturbations des perceptions. Les perturbations des affects, de la volonté et du langage, de même que les symptômes catatoniques, sont soit absents, soit relativement discrets. (CIM-10, 2012)

5.2) Schizophrénie hébéphrénique

Il s'agit de la deuxième forme clinique la plus fréquente. (Gasman, Allilaire et autres, 2009) Initialement décrite par Hecker (élève de Kahlbaum), elle représenterait 20% des formes de schizophrénies et semble sensiblement correspondre cliniquement aux démences précoces de Kraepelin. Elle débute chez le sujet jeune ou l'adolescent (et doit son nom à Hébé, déesse grecque de la jeunesse). (...) Les formes hébéphréniques répondent mal aux traitements neuroleptiques et évoluent progressivement de façon « *insidieuse* », des phases d'exacerbation pouvant toutefois venir compliquer l'évolution clinique. (Haouzir, Bernoussi, 2010)

Cette forme de schizophrénie est caractérisée par la présence au premier plan d'une perturbation des affects. Les idées délirantes et les hallucinations restent flottantes et fragmentaires, le comportement est irresponsable et imprévisible ; il existe fréquemment un maniérisme. L'humeur est superficielle et inappropriée. La pensée est désorganisée et le discours incohérent. Le trouble entraîne fréquemment un isolement social. Le pronostic est habituellement médiocre, en raison de l'apparition précoce de symptômes « *négatifs* » concernant, en particulier, un émoussement des affects et une perte de la volonté. En principe, le diagnostic d'hébéphrénie doit être réservé à des adolescents et des adultes jeunes. (CIM-10, 2012)

5.3) Schizophrénie catatonique

Cette forme semble correspondre à une partie seulement des catatonies décrites initialement par Kahlbaum. Fréquente au début de XXe siècle, elle semble être devenue exceptionnelle actuellement. (...) Le pronostic évolutif de ces formes est le plus péjoratif de toutes les schizophrénies ; et, bien que, rares, elles peuvent dans certains cas exceptionnels évoluer vers le décès du patient (formes létales décrites par Stauder en 1934 avant l'avènement des neuroleptiques), dans un tableau d'hypertension majeure (dépassant des tensions systoliques de 22 mm de Hg) d'hyperthermie sévère (supérieure à 41°C) et d'agitation extrême. Ces tableaux sont cliniquement proches du syndrome malin des neuroleptiques (cf. infra). (Haouzir, Bernoussi, 2010)

La schizophrénie catatonique se caractérise essentiellement par la présence de perturbations psychomotrices importantes pouvant alterner d'un extrême à un autre : hyperkinésie ou stupeur, obéissance automatique ou négativisme. Des attitudes imposées ou des postures catatoniques peuvent être maintenues pendant une période prolongée. La survenue d'épisodes d'agitation violente est caractéristique de ce trouble. Les manifestations catatoniques peuvent s'accompagner d'un état oniroïde (ressemblant à un rêve) comportant des expériences hallucinatoires intensément vécues. (CIM-10, 2012)

5.4) Schizophrénie simple

Décrit initialement par Berze, reprise par Bleuler, son existence est discutée. Elle se caractériserait par une installation progressive et insidieuse d'un affaiblissement intellectuel et affectif, une perte de la volonté, une diminution des capacités à travailler et à veiller sur ses propres besoins, évoluant vers un abêtissement. L'existence de cette forme fut discutée par Bleuler lui, voyant dans sa constitution plus un intérêt théorique que clinique. Aujourd'hui, le débat reste encore ouvert et certaines cliniques contestent le rattachement de ces tableaux

cliniques à un sous-type de schizophrénie. Beaucoup regrettent, en raison de la discrétion, voir de l'absence des symptômes, Les mésusages qui ont été faits de diagnostic à des fins non médicales (schizophrénie torpide). (Haouzir, Bernoussi, 2010)

Trouble caractérisé par la survenue insidieuse et progressive de bizarreries du comportement, d'une impossibilité à répondre aux exigences de la société et d'une diminution globale des performances. La survenue des caractéristiques « *négatives* » de la schizophrénie résiduelle (par exemple un émoussement affectif et une perte de volonté, etc.) n'est pas précédée d'un quelconque syndrome psychotique manifeste. (CIM-10, 2012)

5.5) Schizophrénie indifférenciée

Etats psychotiques répondant aux critères généraux de la schizophrénie, mais ne correspondant à aucune des formes cliniques décrites schizophrénie – schizophrénie catatonique, ou répondant simultanément aux critères de plusieurs de ces formes, sans prédominance nette d'un groupe déterminé de caractéristiques diagnostiques. (CIM-10, 2012) La démarche diagnostique de la CIM-10 est superposable, la schizophrénie indifférenciée répondant aux critères de schizophrénie mais ne pouvant être classée comme aucune des formes cliniques précédemment décrites. (Haouzir, Bernoussi, 2010)

5.6) Schizophrénie résiduelle

Stade chronique de l'évolution d'une maladie schizophrénique, avec une progression nette à partir du début jusqu'à un stade tardif caractérisé par des symptômes « *négatifs* » durables, mais pas obligatoirement irréversibles, par exemple ralentissement psychomoteur, hypoactivité, émoussement affectif, passivité et manque d'initiative, pauvreté de la quantité et du contenu du discours, peu de communication non verbale (expression faciale, contact oculaire,

modulation de la voix et gestes), manque de soins apportés à sa personne et performances sociales médiocres. (CIM-10, 2012)

Cette catégorie associe d'un point de vue évolutif de la maladie, la persistance de symptômes négatifs, en l'absence d'idées délirantes manifestes, d'hallucination, de discours ou de comportement désorganisé ou catatonique. La catégorie diagnostique de schizophrénie résiduelle de CIM-10 s'inscrit dans le même registre sémiologique ; dans un contexte évolutif, d'« *une prédominance de symptômes négatifs durables mais pas obligatoirement irréversible* ». En pratique clinique courante, ce diagnostic n'est pas souvent porté. (Haouzir, Bernoussi, 2010)

6) Epidémiologie de la schizophrénie

L'intérêt de l'épidémiologie des schizophrénies est multiple. C'est probablement un des meilleurs outils pour générer des hypothèses et modèles étiopathogéniques. Ensuite, la connaissance de la distribution des cas dans la population fournit des éléments pour une meilleure allocation des ressources. Enfin, la connaissance des facteurs de risque individuels et populationnels ouvre la voie pour des mesures de prévention ciblées ou généralisées.

La prévalence : est estimée à environ 1% de la population générale, mais les chiffres observés peuvent varier selon les critères diagnostiques utilisés et les populations étudiées (O.M.S., 1986). Ces chiffres sont probablement le reflet de l'association d'authentiques variations de prévalence (dont la cause nous échappe à l'heure actuelle) et d'artefacts méthodologique.

L'incidence : L'analyse de vingt-six études européennes évalue l'incidence des schizophrénies entre 0.2 et 0.6 pour mille (O.M.S., 1986).

Des auteurs rapportent une diminution de cette incidence sur ces dernières décennies, ce qui pourrait être attribué à différents biais méthodologiques

(changement des procédures diagnostiques, facilitation de l'accès aux soins, fermeture des lits hospitaliers...).

Les caractéristiques liées au sexe : Les données de la littérature concernant les différences sex-ratio et l'âge de début de la maladie concordent. La schizophrénie survient trois à cinq ans plus tôt chez la l'homme que chez la femme et le sex-ratio ainsi que l'incidence varient en fonction de l'âge (mais aussi en fonction du système diagnostique retenu) :

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

Cela signifie que même si l'on accepte habituellement que le sex-ratio soit de 1 dans « *la schizophrénie* » (c'est-à-dire autant de femmes que d'hommes schizophrènes), les âges de début diffèrent considérablement entre les deux sexes. Enfin, des différences de profils cliniques existeraient entre les hommes et les femmes schizophrènes ; les hommes auraient une prédominance de symptômes négatifs.

Ces différences d'âge de début, de « profils clinique », entre hommes et femmes schizophrènes nous rappellent une fois de plus l'hétérogénéité vraisemblable des schizophrénies. (Haouzir & Bernoussi, 2010)

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

la maladie les symptômes affectifs et les épisodes brefs (associés à un meilleur pronostic). (DSM-5, 2015)

7) Développement et évolution de la schizophrénie

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

Les facteurs prédictifs du déroulement de la maladie et de son évolution sont largement méconnus ; le cours de la maladie et l'évolution ne peuvent donc pas être prédits de façon fiable. Le cours de la maladie apparaît favorable chez environ 20% des personnes souffrant de schizophrénie, et un faible nombre de ces personnes peut récupérer complètement. Cependant, la majorité des personnes souffrant de schizophrénie a toujours besoin de soutien dans la vie quotidienne, que ce soit de façon formelle ou informelle, et beaucoup restent chroniquement

malades, avec des exacerbations et des rémissions des symptômes actifs, alors que d'autres ont une évolution de la maladie marquée par une détérioration progressive.

Les symptômes psychotiques tendent à diminuer au cours de la vie du malade, peut-être du fait d'une diminution physiologique normale avec l'âge de l'activité dopaminergique. Les symptômes négatifs sont plus étroitement liés au pronostic que les symptômes positifs et tendent à être plus persistants. De plus, les déficits cognitifs associés à la maladie peuvent ne pas s'améliorer au cours du temps.

Les caractéristiques essentielles de la schizophrénie sont les mêmes à l'adolescence, mais le diagnostic est alors plus difficile. Chez les enfants, les idées délirantes et les hallucinations peuvent être moins élaborées que chez les adultes et les hallucinations visuelles sont plus communes, devant être différenciées de jeux imaginatifs normaux. Une désorganisation du discours est présente dans plusieurs troubles qui débutent dans l'enfance (p. ex. troubles du spectre de l'autisme), de même que les comportements désorganisés (p. ex. trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité). Ces symptômes ne doivent être attribués à une schizophrénie sans une prise en considération attentive d'autres troubles de l'enfance plus communs. Les cas débutant dans l'enfance tendent à ressembler à ceux qui ont une évolution défavorable chez l'adulte, avec un début progressif et des symptômes négatifs prédominants. Les enfants qui recevront plus tard un diagnostic de schizophrénie ont plus souvent été sujets à des perturbations et à une psychopathologie de type comportemental/émotionnel non spécifiques, à des altérations intellectuelles et du langage et à de légers retards moteurs.

Dans les cas à début tardifs (c.-à-d. débutant après 40 ans), les femmes sont surreprésentées et elles peuvent être mariées. Souvent, le cours évolutif est marqué par une prédominance de symptômes psychotiques avec une préservation des affects et du fonctionnement social. Dans ces cas à début tardifs, les critères

diagnostiques de schizophrénie peuvent être remplis mais on ne sait toujours pas bien s'il s'agit de la même maladie que lorsque la schizophrénie est diagnostiquée avant la moitié de la vie (c.-à-d. avant l'âge de 55 ans). (DSM-5, 2013)

8) Etiopathogénie de la schizophrénie

On dit actuellement de la schizophrénie que c'est une « *affection multifactorielle* ». C'est une manière, parmi d'autres possibles, de quelque peu masquer notre ignorance et, tout simplement, de ne pas avouer que ces causes nous sont en réalité encore inconnues. (Desclin, 2006) Les causes des schizophrénies ne peuvent s'étudier que sous une approche biopsychosociale. La schizophrénie est une maladie mentale complexe, tant par ses symptômes que par ses mécanismes multiples dont aucun n'explique à lui seul tous les symptômes de la maladie. (Boyer, 2003)

Cette section regroupe les diverses hypothèses concernant les facteurs à l'origine de la schizophrénie :

Les facteurs socioculturels ; un statut socio-économique bas a parfois été mis en avant comme cause favorisante de la maladie, ou comme facteur précipitant sur des personnalités prédisposées. En fait, il semble bien que de telles conditions sociales soient plutôt des conséquences que des causes de la schizophrénie (Kohn). Les changements du milieu culturel semblent jouer un rôle favorisant dans le déclenchement de la maladie : urbanisation, acculturation, isolement sociale et migration notamment. De fait, la réactivité des schizophrènes s'étend à toutes les modifications de leur environnement, comme le montre la particulière fréquence des « *événements vitaux* » précédant les épisodes initiaux et les rechutes de la maladie. En revanche, il ne semble pas exister de grandes variations de fréquence de la schizophrénie d'une culture à l'autre. Certes, les modes d'expression et les formes de la psychose peuvent varier selon le contexte culturel ; la fréquence

relative de ses symptômes diffère parfois d'un pays à l'autre. Mais, globalement, les différences de fréquence sont modestes et peu démontrables : le phénomène lui-même et ses symptômes fondamentaux semble universels. (Guelfi, 2007)

Facteurs génétiques ; l'intervention de facteurs génétiques dans la schizophrénie paraît actuellement bien démontrée. Cependant, la nature de ces facteurs et leurs relations avec les facteurs d'environnement restent à éclaircir. Le principe de base des études sur l'hérédité est toujours le même: si un facteur prédisposant transmis génétiquement existe, le risque de développer la maladie devrait être plus élevé dans les familles où un membre est atteint (Borgeat, 1988). Les gènes interviennent en partie dans la concentration familiale de la schizophrénie. Comme on ne connaît pas le gène qui, transmis de parents à enfant, transporte avec lui le fardeau de la maladie, on préfère parler de « *facteurs de risque génétique* » (Campion, 2003). Selon Champion (2003), chaque gène est présent en deux exemplaires, un issu du père et l'autre issu de la mère; dans certaines maladies dites dominantes, il suffit qu'une des deux copies soit anormale pour que la maladie se déclenche; dans le cas des maladies dites récessives, les deux copies doivent être anormales pour que la maladie s'exprime (si une des deux copies est normale, elle prend le dessus et la maladie ne survient pas).

Les études sur les jumeaux (schéma : famille identique – gènes différents). Il existe deux types de jumeaux: les jumeaux identiques (monozygotes) et les jumeaux fraternels ou différents (dizygotes). Éduqués ensemble, les jumeaux identiques ont en commun 100 % de leurs gènes et 100 % de leur environnement, alors que des jumeaux fraternels ont en commun 100 % de leur environnement mais 50 % de leurs gènes (Durant & Barlow, 2002). Le calcul du taux de concordance, montrent que celui-ci est trois fois plus élevé chez les jumeaux monozygotes que chez les jumeaux dizygotes. Le risque morbide pour le jumeau dizygote d'un malade schizophrène est 10 fois plus élevé que dans la population générale, et 20 à 40 fois plus élevé pour un jumeau monozygote (la gémellité

n'apparaît pas, en soi, être un facteur prédisposant à la maladie). (Guelfi, 2007) Si l'environnement était seul responsable de la schizophrénie, nous devrions nous attendre à peu de différences entre jumeaux identiques et fraternels. Si, d'autre part, les gènes étaient seuls responsables du trouble, la schizophrénie d'un enfant impliquerait obligatoirement que la probabilité qu'un jumeau fraternel contracte le trouble de son frère devrait être de 50 % et de 100 % chez les jumeaux monozygotes (Durant & Barlow, 2002). Donc, le fait d'être jumeau, et spécialement jumeau identique, constitue une situation particulière sur le plan psychologique (Borgeat, 1988). Aujourd'hui, on sait que seulement environ la moitié des couples de jumeaux identiques sont atteints tous les deux de schizophrénie.

Les études d'adoption sont particulièrement intéressantes pour approcher le rôle de l'environnement (schéma : hérédité identique – environnement différent). Deux approches sont fréquemment utilisées selon Borgeat (1988) : la première étudie les enfants nés de parents biologiques schizophrènes et la seconde compare les familles biologiques aux familles adoptives de schizophrènes et de non-schizophrènes. Les enfants de schizophrènes, adoptés même très jeunes par des parents nourriciers non schizophrènes, présentent un risque morbide élevé, du même ordre que celui des enfants de schizophrènes élevés dans leur milieu d'origine. (Heston, 1966 ; Rosenthal, 1968) Le risque morbide observé chez les parents adoptifs d'enfants schizophrènes, est le même que dans la population générale, alors que celui qu'on observe chez leurs parents biologiques est élevé. (Kety, 1975)

Le facteur caractériel ; Il est admis qu'au moins la moitié des schizophrénies présentaient, avant l'apparition de la maladie, des traits de personnalité schizoïde. La schizoïde est une constitution caractérielle pathologique dont les traits principaux sont les suivants : repliement sur soi-même, isolement, perte des

contacts sociaux, inhibition, impulsivité, tendance à l'abstraction, à la rêverie, à la bizarrerie, esprit de système, rationalisme morbide. (Hanus, 1981)

Données psychodynamiques ; dans les conceptions initiales de Freud, la schizophrénie a été décrite comme une « *névrose narcissique* » liée à une profonde perturbation originelle des relations objectales. La genèse des symptômes se comprend d'abord en termes de mécanismes de défense contre l'angoisse issue des traumatismes précoces, sur un modèle assez analogue à celui des névroses, encore que l'incapacité à établir un transfert utilisable ait été d'abord affirmée.

L'organisation de la structure schizophrénique se caractérise avant tout par un échec des mécanismes d'identification, laissant place à des modes de relation primitifs et fusionnels à l'objet. (Guelfi, 2007) « *À partir des premiers temps de l'existence du bébé il vit dans ce qu'on appelle de narcissisme primaire. Son intérêt est entièrement tourné vers la recherche de plaisir qui s'étaye sur la fonction alimentaire (stade oral). « La relation avec sa mère est basée sur le mode manger, être-manger. Dans les quatre premiers mois Mélanie Klein parle de position schizo-paranoïde, son monde (le bébé) est pas unifié. Et chaque objet partiel est clivé en deux : bon objet et mauvais objet. Il y a le bon sein qui est introjecté et le mauvais sein est Projeté à l'extérieur. À partir du quatrième mois, c'est l'accession de la position dépressive par laquelle l'enfant accède à la notion d'objet total, dont à ce moment, les objets cessent d'être clivés en deux, il y a un objet permanent qui peut être bon ou mauvais ».* (Besancon, 2005, p.187)

Facteurs familiaux ; les principales théories dérivent des constats effectués au cours du traitement de certaines familles de schizophrènes et mettent en exergue les interactions familiales et les troubles de la communication observés à l'intérieur de ces familles. (Guelfi, 2007) Ont été décrits : un père démissionnaire ou absent ; une mère hyperprotectrice ou bien indifférente ou rejetante ; une rivalité non

avouée dans le couple parental ; des troubles de la communication (« *double-lien* », *injonctions paradoxales*, messages peu clairs). (Godfryd, 1994, p.83)

La théorie du double lien (Bateson, Watzlawick, Weakland) met l'accent sur les perturbations du système de communication à l'intérieur de la famille, où le sujet est pris dans une série d'injonctions contradictoires qui le bloquent dans une situation intenable sans lui laisser d'autre échappatoire que des réponses ambiguës ou absurdes. La notion de schizophrénie « *maladie* » s'estompe alors au profit de la notion de symptômes pathologiques, modes d'expression et de réponses du sujet pris dans un système de communication paradoxale, dont la mère serait le principal inducteur. (Guelfi, 2007) D'autres théories sur les facteurs familiaux de la schizophrénie ont été élaborées, notamment celle de Lidz qui insiste sur l'importance des rôles joués par les parents du patient schizophrène ou encore celle de Wynne et Singer décrivant les perturbations de la communication dans la famille des schizophrènes.

Les facteurs biochimiques ; l'identification de perturbations biochimiques spécifiques permettrait de mieux comprendre les dysfonctionnements qui sont à l'origine des manifestations schizophréniques. (Guelfi, 2007, p.211) Depuis que l'on s'est aperçu que les neuroleptiques et les amphétamines (en sens inverse) agissent sur les récepteurs dopaminergiques du cerveau, on suppose l'existence d'une perturbation du système dopaminergique chez les sujets schizophrènes. (Godfryd, 1994, p.82)

9) Traitements de la schizophrénie

Depuis la découverte des neuroleptiques en 1952 et les progrès accomplis parallèlement par les psychothérapies, les traitements des schizophrénies se sont considérablement modifiés. C'est ainsi que les interventions thérapeutiques doivent s'effectuer à différents niveaux, variables selon le cas et le moment évolutifs. On

ne s'étonnera pas de voir presque toujours associés des protocoles chimiothérapeutiques, des prises en charge psychothérapeutiques et des mesures sociothérapeutiques. Un autre problème qui se pose très fréquemment est celui de l'hospitalisation psychiatrique puis celui de la sortie. (Gofryd, 1994, p.93)

10.1) Les thérapeutiques biologiques

Les thérapeutiques biologiques comprennent :

Les neuroleptiques ; les médicaments de référence pour le traitement de la schizophrénie. De nombreux neuroleptiques ont été mis sur le marché, dont les propriétés vont des plus sédatifs, destinés à diminuer l'agitation et l'angoisse, aux plus anti-productifs destinés à amender les hallucinations et les délires. Cette classe de médicaments a des effets secondaires importants qui vont d'un effet hypotenseur (comme l'hypotension orthostatique) sur le système cardiovasculaire pour les sédatifs, à des effets neurologiques sévères comme un syndrome de type parkinsonien pour les anti-productifs. Le syndrome malin (pâleur, sueurs, raideur, hyperthermie, troubles de la conscience), ainsi que les dyskinésies tardives (troubles dans l'accomplissement des mouvements), souvent définitive, sont les deux risques majeurs des traitements neuroleptiques. (Leboyer & al, 2002)

Des « correcteurs » ; accompagnent souvent la prescription des neuroleptiques afin de corriger les effets secondaires de ces derniers.

Les anxiolytiques ; (benzodiazépines) sont souvent nécessaires pour limiter les accès d'angoisse des schizophrènes. (Guelfi, 2007)

Les antidépresseurs ; sont également souvent indiqués dans une pathologie où la dépression peut être une complication grave, en particulier du fait du risque suicidaire qui y est souvent associé. Ils sont utilisés dans le cours évolutif de la maladie, ainsi que lors des épisodes dépressifs qui ponctuent les troubles schizo-affectifs. (Leboyer & al, 2002)

10.2) Les psychothérapies

Les psychothérapies peuvent être réalisées à l'hôpital ou en-dehors, selon les possibilités locales. Ainsi, on peut être amené à proposer en proportions variables :

Une psychothérapie individuelle ; le plus souvent une psychothérapie de soutien, centrée par des problèmes concrets et l'observance médicamenteuse ; cependant, dans certains cas, les psychothérapies d'inspiration analytiques sont mises en œuvre mais leurs résultats restent difficiles à apprécier et leurs indications assez rares. D'autres techniques de psychothérapies utilisent des méthodes dites pack, de dessin, de peinture, de musicothérapie, de psychodrame individuel.

Une psychothérapie familiale ; car il faut toujours essayer de nouer avec la famille du patient les meilleures relations et il est indispensable de les associer au projet thérapeutique. Dans le meilleur des cas, on pourra proposer une thérapie familiale systémique ou psychanalytique. Mais le plus souvent il ne s'agira en fait que de technique qui s'en inspirent, les conditions nécessaires au traitement type étant rarement réunies (demande, paiement des séances, etc.). (Gofryd, 1994)

10.3) La prise en charge sociale

La dépendance, presque toujours induite par la maladie, justifie un ensemble de mesures d'assistance financière (allocation adulte handicapé, pension d'invalidité) ou d'aide à l'insertion professionnelle (formations, travail protégé). Une protection des biens est mise en place lorsque le sujet n'a pas la capacité de gérer son revenu.

10.4) Conduite du traitement

Mener la prise en charge d'un patient schizophrène consiste à adapter à chaque sujet une combinaison particulière des différents moyens thérapeutiques disponibles en fonction de ses symptômes, du stade de la maladie où il est, de sa personnalité et de sa compréhension de la situation, de la qualité de son

environnement. Quelques préalables doivent être pris en compte dans tous les cas. Le traitement durera de nombreuses années, et il est souhaitable d'éviter les ruptures itératives dans la prise en charge. Aussi faut-il créer une relation compatible avec une bonne alliance thérapeutique, mais où le partenaire a du fait de sa maladie et à autrui un fonctionnement particulier. A la fois, il a besoin d'aide dans une situation dramatique et à la fois il la refuse. Un seul thérapeute par ailleurs ne peut pas prendre en charge tous les aspects du traitement et ne peut pas non plus soutenir seul le patient. (Franck, Guelfi (*dir.*), 2012)

10) L'institution psychiatrique

Un hôpital psychiatrique est un établissement public ou privé, spécialisé dans le traitement des maladies mentales. D'abord dénommé « *asile* » en 1838, il devient « *hôpital psychiatrique* » en 1937 et « *centre hospitalier spécialisé* » en 1972. Il comporte de plus en plus de places dites « *de service libre* », c'est-à-dire ne relevant pas des modalités de l'internement, où les patients sont hospitalisés de leur propre gré comme dans les hôpitaux généraux. (Grand dictionnaire de la psychologie, p.429)

La première loi de santé mentale algérienne remonte à 1976, elle a été modifiée et remplacée par celle de février 1985. Relative à la protection et la promotion de la santé mentale et comportant plusieurs chapitres, cette loi précise les droits généraux des malades mentaux quel que soit le mode d'hospitalisation.

L'hospitalisation en service ouvert ; n'est soumise à aucune réglementation particulière (cas de service de médecine), elle se fait sur simple signature d'un billet d'admission. Il en est de même pour la sortie.

La mise en observation simple ; se fait dans un service d'admission d'un hôpital psychiatrique ou dans un service de psychiatrie d'un hôpital général. La demande peut se faire par le malade lui-même, sa famille, par toute personne

privée prenant intérêt du malade et par toute autorité publique (commissaire de police, brigadier de gendarmerie). Cette mesure reste subordonnée à la décision du psychiatre et ne doit pas dépasser 15 jours, sauf si le psychiatre voit que cette durée est insuffisante où elle sera prolongée sans dépasser deux mois.

La mise en observation d'office ; ne peut être introduite que par le procureur général ou le wali notamment en cas de désordre sur la voie publique ou de potentiel de dangerosité. Cette mise en observation est exécutoire et sans délai (loi 1976).

L'hospitalisation d'office ; ne peut être induite que par le procureur général. Cette modalité est retrouvée dans la loi de 1985, elle est venue remplacer la mise en observation d'office dans le cas où le malade présente des désordres potentiellement dangereux.

Le placement volontaire ou hospitalisation à la demande d'un tiers ; concerne les malades non dangereux pour autrui, il peut être demandé par la famille ou toute personne privée prenant intérêt au malade. La décision reste subordonnée à l'accord du psychiatre, elle est prise pour une durée indéterminée, l'accord de la famille ou du référent sera matérialisé sur une demande de placement volontaire.

Et la sortie se fera soit, dès que le psychiatre juge l'état du patient comme étant satisfaisant ; soit, sur la demande du malade quand il est majeur et civilement responsable ; soit, sur la demande de la personne qui a demandé le placement volontaire.

Le placement d'office ou administratif ; le placement volontaire peut se transformer en placement d'office sur requête motivée par le psychiatre. Cette mesure est préconisée lorsqu'un malade est dangereux pour autrui ou sur l'ordre

public. Un certificat attestant le potentiel de dangerosité doit accompagner la requête. L'arrêt est établi pour une durée maximale de 6 mois.

La sortie des malades se fera si le psychiatre juge que le malade peut sortir en déclarant son état satisfaisant, il adresse une requête au wali afin de lever ou modifier cette mesure. En cas de refus, le malade ne pourra sortir avant l'échéance des 6 mois et dans ce cas, le psychiatre et le wali peuvent exercer séparément un recours auprès de la commission de santé mentale qui tranchera après une double expertise dans un délai ne dépassant pas les deux mois. Lorsqu'un malade s'enfuit, le psychiatre doit prévenir les autorités et leur adresser un certificat de situation.

A noter que les enfants, les adolescents et les personnes âgés de plus de 65 ans dont l'affaiblissement des facultés psychiques constitue l'essentiel de la maladie, ne peuvent faire l'objet de mise en observation, de placement volontaire ni de placement administratif.

La mise sous surveillance ; cette mesure est appliquée un malade dangereux et qui continue à présenter un potentiel de dangerosité important. La demande est introduite par le médecin traitant et la durée est de 6 mois renouvelable. Elle peut également être *souhaitée* par la famille et/ou le médecin, plus rarement par le patient lui-même ; se pose alors le problème d'une hospitalisation sur demande d'un tiers.

Les dangers de l'hospitalisation sont à bien connaître :

- Rejet et stigmatisation sociale presque indélébile en hôpital psychiatrique ;
- Désinsertion scolaire ou socioprofessionnelle ;
- Difficultés ultérieures de réinsertion ;
- Risque de réhospitalisation ultérieure à chaque accident éventuel ;
- Risque de chronicisation des troubles avec passage à un état déficitaire.

C'est dire *l'importance capitale* que représente l'hospitalisation en psychiatrie et par voie de conséquence l'obligation de bien peser, à chaque fois, les avantages et les inconvénients possibles. Si malgré tout l'hospitalisation est décidée, elle doit être aussi brève que le permettent la clinique et le contexte avec, dès que possible, autorisation de visites et sortie. (Godfryd, 1994, p.94)

Synthèse

La schizophrénie est une pathologie mentale complexe mais de mieux en mieux décrite dans ses différents aspects cliniques, étiopathogéniques, physiopathologiques et thérapeutiques. Les connaissances sur la maladie ont considérablement progressé dans le sillage des neurosciences et des sciences cognitives. Il en résulte une évolution des approches cliniques, des nouveaux moyens d'investigation et de nouvelles modalités de prise en charge thérapeutique.

Pour le reste, l'hospitalisation en institution est chose récurrente dans la vie des personnes atteintes de schizophrénie et les répercussions de celle-ci sur la vie et le fonctionnement de la famille sont nettement observables. Pour bien s'en rendre compte il nous faut, en plus de cerner les troubles du spectre schizophrénique, déchiffrer la notion de famille et sa dynamique.

CHAPITRE II

Dynamique familiale

Préambule

Dans ce chapitre, nous nous intéresserons à l'environnement du patient schizophrène, et plus particulièrement sa famille.

Ainsi, nous verrons la famille en tant qu'entité « dynamique » ayant une vie propre. Les rapports de parenté, les liens affectifs interpersonnels, liens intergénérationnels et le réseau familial élargi ; tout cet ensemble de relations, dont la teneur peut varier selon chaque famille mais aussi selon chaque culture, chaque région... etc., est à prendre en considération dans toute action posée à l'intention d'une personne et de sa famille.

Pour ce faire, nous allons voir en premier lieu ce qu'est un groupe : le définir, parcourir les différentes formes sous lesquelles il se présente et donner ses caractéristiques. En second, nous aborderons la dynamique de groupe et son étude en sciences sociales. La troisième partie sera, elle, consacrée à la famille. Elle englobera : un historique, la définition, la typologie et les fonctions de la famille pour ensuite s'attarder sur la famille et sa relation à la maladie mentale dans la société algérienne. Enfin, la quatrième et dernière partie de ce chapitre traitera plus ou moins longuement de la dynamique familiale ; nous nous arrêterons sur ses types notamment, les outils qui permettent de l'évaluer ou encore un petit développement sur cette même dynamique et la maladie mentale.

I) Le groupe

Dans la recherche scientifique, le groupe est considéré comme un objet d'étude privilégié pour la sociologie et, plus largement, pour les sciences sociales. Aujourd'hui et depuis quelques années le groupe intéresse plus que jamais la psychologie clinique, toutes approches confondues : psychanalytique,

systemique, humaniste, éthologique, etc. Le groupe a ainsi suscité pas mal d'intérêt et c'est ce que nous allons voir dans ce point.

1) Définition du groupe

Aujourd'hui, on nomme « *groupe* » un ensemble de personnes présentes et orientées vers un but commun. Mais le terme de « *groupe* » est relativement récent. Il serait apparu vers 1668 (Anzieu & Martin, 1968) en Italie : *gruppo* désignait la représentation picturale ou sculpturale d'un ensemble de sujets. C'est seulement vers le milieu du XVIIe siècle que le terme « *groupe* » nomma une réunion de personnes. (Blanchet & Trognon, 2005)

Albion Small, sociologue américain, a proposé en 1905 (general sociology) une définition très générale du groupe : « *le terme groupe est une appellation sociologique utile pour designer un certain nombre (grand ou petit) de gens, entre lesquels on découvre des relations telles qu'on doit les considérer ensemble* » (Bloess, Etienne, Noreck, & Roux, 2004, p. 226)

En effet, quand il est question de définir le groupe, ce dernier se différencie d'un simple regroupement physique de personnes et ce, par l'établissement d'une ou plusieurs liaisons entre elles. Un premier type de lien est imaginaire : c'est parce que les désirs et les rêves des membres entrent en résonance que le groupe se forme. Un autre grand type de lien dérive de la technique, de procédés ou de savoir-faire partagés qui créent des liens fonctionnels entre les personnes. Le psychanalyste français Anzieu, à la suite de son collègue anglais Bion, s'est attaché à montrer l'enchevêtrement des dimensions imaginaire et technique dans toute activité collective (Anzieu, 1975). La liaison se constitue également par l'adhésion commune à un système de valeurs. Il n'y a pas de groupe sans normes, et réciproquement, les normes sont produites par des collectifs. (Oberlé, 1999)

Dans le dictionnaire encyclopédique de psychologie, *la psychologie de A à Z*, on retrouve la définition du groupe comme suit : « *ensemble constitué de deux ou plus de deux individus mis en situation d'interaction et d'influence mutuelle. Il n'est pas nécessaire que les individus se connaissent ou se retrouvent ensemble pendant longtemps pour que l'on parle de groupe. La simple réunion d'individus peut suffire à voir s'exprimer des processus et des comportements d'interaction et d'influence mutuelle susceptibles d'être étudiés par le psychologue (par exemple, individus étrangers les uns des autres réunis dans une salle d'attente)* ». (Charron, Dumet, Guéguen, Lieury, & Rusinek, 2007, pp. 76-77)

Pour le psychologue, le groupe est avant tout le « *laboratoire* » dans lequel se forment les éléments de la construction sociale. Il tente de comprendre comment les relations entre individus édifient un groupe, c'est-à-dire un ensemble d'une nature différente, possédant ses propres lois et sa propre évolution ; comment, par exemple, la mise en commun d'informations, de sentiments ou de projets individuels contribue à créer cette totalité qui semble ressentir, penser, agir, naître et mourir comme une personne. (Blanchet & Trognon, 2005)

Dans le champ de la psychologie clinique, le groupe ne peut être un objet de la psychologie clinique que si celle-ci prend en compte la globalité, la complexité et la singularité des formations psychiques qui le composent et des processus qui le travaillent. Le groupe doit y être considéré comme un ensemble psychique autonome et cohérent, lieu d'une dynamique structurante propre. En ce sens on peut parler d'une psychologie clinique *du* groupe. D'un autre côté, la psychologie clinique exige simultanément et corrélativement que les sujets qui le composent soient considérés dans leur dimension de personnes singulières, et non seulement ou uniquement comme éléments d'un ensemble. C'est en ce sens que l'on parle d'une psychologie clinique *de* groupe, en tension dialectique avec la psychologie clinique du sujet dans le groupe.

Le « *désordre* » est au principe de l'approche clinique de la psyché : la psychologie clinique du groupe sera donc particulièrement attentive à ce qui contredit le fonctionnement attendu et à ce qui désorganise la structure prévue, de telle sorte que dysfonctionnements et évènements soient entendus comme porteurs d'une partie essentielle de la vie psychique, et non comme une pure négativité qu'il conviendrait de réduire ou de nier. Elle intégrera dans son champ la souffrance et les psychopathologies des ensembles groupaux comme une manifestation privilégiée des processus et des formations psychiques sur lesquels, dans des conditions précisément définies, une action transformatrice est possible. La psychologie clinique de groupe est ainsi dotée d'un objet complexe, dans lequel s'articulent des logiques suffisamment homogènes si on admet la continuité de la vie psychique dans ses diverses manifestations, et suffisamment hétérogènes dans la mesure où elles se manifestent des espaces psychiques structurellement et fonctionnellement différents. (Séchaud et al., 2006)

2) Différentes formes de groupes

2.1) Groupes primaires et secondaires

Le sociologue américain Charles Horton Cooley a proposé en 1909 dans *Social Organisation* une distinction très importante entre groupes primaires et groupes secondaires.

Les groupes primaires, qui sont généralement de petite taille, sont définis comme des groupes de face à face ou dominant les rapports interpersonnels. L'identification des individus au collectif est forte et les rapports de sympathie, de coopération et d'aide mutuelle dominant au sein du groupe ; si l'existence de rapports de compétition au sein du groupe n'est pas pour autant entièrement exclue, ces derniers restent toujours emprunts de loyauté, la satisfaction de l'intérêt personnel étant subordonnée à l'intérêt collectif.

Cooley identifie trois groupes primaires principaux : la famille, le groupe de camarades et le groupe de voisinage.

Ces groupes sont qualifiés de primaire pour trois raisons :

- d'abord parce que c'est au sein de ces groupes, que les individus font leur première expérience de la vie sociale ;
- ensuite parce qu'ils ne se modifient pas comme les autres groupes qui dérivent d'eux ;
- enfin, parce qu'ils ont un caractère universel, c'est-à-dire qu'on les rencontre dans tous les types de sociétés.

Les groupes secondaires, généralement de taille plus grande, sont caractérisés par des relations plus superficielles, reposant principalement sur des bases utilitaires.

Les groupes de défense d'intérêts tels que les partis politiques, les syndicats et les associations constituent de bons exemples de groupes secondaires. Ils ne concernent qu'une partie de la vie des individus et ne les engagent pas au niveau de leur personnalité toute entière.

Dans les groupes secondaires, le contrôle social des membres (ensemble des pressions exercées par les membres d'un groupe pour amener l'ensemble de ceux-ci à se conformer à ses normes) fait donc l'objet de règles codifiées et est généralement confié à des organismes spécialisés (commissions de discipline, par exemple) ; au contraire, dans les groupes primaires le contrôle social est davantage informel et spontané. Il s'exerce à travers les manifestations d'approbation ou de réprobation qui scandent les contacts quotidiens entre les membres du groupe.

2.2) Groupes d'appartenance et de référence

Le **groupe d'appartenance** est celui auquel l'individu dit appartenir ou auquel il est censé appartenir

La notion de **groupe de référence** a été mise en évidence d'abord par Homans et Hyman en 1942, puis a fait ensuite l'objet d'une systématisation par Merton.

Le groupe de référence a d'abord une fonction comparative. Il sert de base de comparaison aux individus pour s'évaluer et évaluer les autres.

Par exemple, un groupe social évaluera sa situation par rapport au groupe placé immédiatement au dessus de lui : s'il voit la situation de ce groupe s'améliorer, alors que la sienne ne bouge pas, il en conclura à une détérioration relative de sa propre situation (théorie de la frustration relative).

Mais le groupe de référence exerce également une fonction normative. Le groupe de référence est celui qui sert de modèle normatif pour un individu. Mais le groupe de référence peut également être « *néгатif* » et servir de repoussoir : on s'opposera à tout ce qui vient de lui, par principe, et on adoptera alors une attitude inversée par rapport à la sienne. (Bloess, Etienne, Noreck, & Roux, 2004, pp. 228-229)

3) Caractéristiques des groupes

Un groupe n'est pas la somme des individualités qui le composent. Il constitue une entité spécifique qui obéit à des mécanismes particuliers et qui est le champ de phénomènes différents de ce que l'on constate au niveau des relations interpersonnelles. Celle-ci donc surdéterminée par le contexte groupal. (Marc & Picard, 2000)

Les groupes sont des structures intermédiaires entre l'individu et la société. Leur taille minimum doit être telle que le nombre des relations individuelles

potentielles entre les membres soit supérieur au nombre des membres. Leur taille maximum doit être telle que chaque membre puisse avoir une relation avec chacun des autres membres et telle que des sous-groupes stables et identifiés comme tels ne se constituent pas.

Ainsi, un groupe comprend au moins trois personnes parce qu'il permet alors d'établir six relations interindividuelles et trois interactions dans lesquelles un membre est en relation avec un couple. Mais sa taille maximum n'a pas de définition théorique, elle reste indéfinie et varie avec les conditions particulières et les conditions particulières.

Les groupes sont caractérisés par des fonctions qui apparaissent selon les conditions de leur formation et évolution. Quatre fonctions principales marquent le degré de maturité et d'évolution d'un groupe.

- La mise en commun du but : la constitution d'un groupe présuppose que ses membres aient un intérêt commun suffisamment important pour que cet intérêt soit intériorisé par chacun de ses membres. L'intérêt en commun devient alors l'intérêt commun.

- La définition des frontières : tout groupe s'établit en rapport avec d'autres groupes, il instaure donc des limites qui créent un sentiment d'appartenance pour ses membres conformes et le rejet des membres non conformes.

- L'établissement de relations interpersonnelles : chaque membre du groupe construit une représentation mentale des autres avec lesquels il communique personnellement.

- La constitution d'une organisation : les membres d'un groupe prennent des rôles et des statuts différents et établissent des normes. L'organisation ainsi instituée est susceptible d'être réorganisée en fonction de la pratique du groupe. (Blanchet & Trognon, 2005)

Les interactions groupales présentent certaines similitudes indépendamment des personnalités en présence. C'est ce qui permet de parler de « *dynamique des groupes* », domaine de recherche très important de recherche très important en psychologie sociale. (Maisonneuve, 1990)

I) La dynamique de groupe

Le présent point se propose d'aborder l'aspect dynamique des ensembles que sont les groupes et leur études dans la sphères des sciences sociales.

1) Définition de la dynamique de groupe

Tout d'abord si l'on prenait le terme *dynamique* séparément, celui-ci est défini dans le dictionnaire de psychologie comme « *branche de la psychologie qui étudie les forces qui s'exercent sur l'être humain et leurs conséquences dans l'organisation de la personnalité.*

Elle envisage l'homme dans son champ psychologique, agissant et réagissant, soumis à tensions intérieures et extérieures, dans son réseau de relations humaines. Elle fait appel aux données de la psychologie sociale et de la psychanalyse pour comprendre les comportements et les motivations (souvent inconscientes) des individus. » (Sillamy, 2003, p. 88)

La dynamique des groupe (ou dynamique de groupe) désigne un courant de recherche et d'interventions sur les petits s'inscrivant dans la lignée des conceptions de Kurt Lewin, inventeur de l'expression *Group Dynamics*. Mais cette expression est souvent appliquée, dans un sens plus large, à l'ensemble des travaux touchant à la psychosociologie des petits groupes.

Lewin (1959) conçoit le groupe comme une totalité irréductible aux individus qui le composent, un système d'interdépendance constituant, avec son

environnement, un champ social dynamique. Ce champ inclut les membres du groupe, les sous-groupes, les moyens de communication, la répartition des rôles, les objectifs, les normes, etc.

Les travaux les plus connus de Lewin et de ses collaborateurs ou continuateurs ont porté notamment sur la cohésion des groupes et ses facteurs, les styles de direction (*leader-ship*) des groupes-autoritaires, démocratique, laisser-faire - et leurs effets sur le moral et la performance, ainsi que sur le changement. Selon Lewin, tout changement exige une modification du champ de forces qui s'équilibrent en un « état quasi stationnaire » ; plutôt que d'accroître les pressions dans le sens du changement désiré, mieux vaut affaiblir la résistance à ce changement. (Boudon, Besnard, Cherkaoui, & Lécuyer, 2005, p. 111)

Dans cette approche, le groupe est une totalité qui ne se réduit pas à la somme de ses parties mais correspond à un rapport d'interdépendance entre elle. Et, dans l'optique lewinienne, étudier la dynamique de ce système groupal, c'est quelles forces entrent en jeu, les modalités de leur interaction, les processus alors déclenchés, étant entendu que c'est en caractérisant ainsi le système d'interdépendance qui définit à un moment donné un groupe qu'on peut expliquer aussi bien son fonctionnement interne que son action sur la réalité extérieure. (Grand dictionnaire de la psychologie, 2011, p. 301)

Ces travaux ont trouvé un champ d'application pratique dans diverses techniques de recherche active : formation, intervention, conduite de discussion, groupes de diagnostic, etc. (Anzieu & Martin, 1969; Maisonneuve, 1969)

2) Etude des groupes en sciences sociales

L'étude des groupes s'est élaborée à la croisée des chemins de plusieurs disciplines. La notion de groupe, en effet, est située à l'articulation du psychologique et du social.

Kurt Lewin est le fondateur de la notion de « *dynamique de groupe* ». Cette notion est à l'origine d'un courant de pensée qui a considérablement influencé la psychologie des petits groupes.

En effet, contrairement aux réflexions de Freud qui mettent en exergue le rôle des grands groupes sociaux comme l'Armée ou l'Eglise, Lewin (1947) soutient que c'est dans l'interaction des personnes présentes face à face que se joue l'essentiel des influences sociales [...]. Lewin a tout d'abord appliqué la théorie du champ issue de la *Gestalt psychologie* à l'étude de la personnalité. Cette théorie considère que tout fait doit être appréhendé comme constituant une partie d'une totalité de faits coexistant et mutuellement interdépendant ; tout fait survient donc dans un champ. Selon Lewin, les propriétés d'un fait sont par conséquent essentiellement déterminées par ses relations avec la structure dont il est une composante, et les changements qu'il subit sont liés à des changements atteignant d'autres composantes, dans un espace-temps déterminé (Badin, 1965). [...] de plus il montre que la dynamique des groupes est fondée sur l'idée d'interdépendance des membres du groupe. Cette interdépendance génère des forces qui engendrent les évolutions et les changements du groupe. Mais en référence à la théorie physique des systèmes, l'interaction de ces différentes forces est soumise à une loi selon laquelle tout système tend à assurer constamment son équilibre. (Blanchet & Trognon, 2005)

Parmi les diverses expériences menées par Lewin, celle en collaboration avec Lippitt et White sur l'équilibre satisfaction-frustration au sein de groupes d'enfants soumis à différents types de leadership, a connu une grande célébrité, non seulement parce qu'à l'orée de la guerre, elle validait l'idéal démocratique, mais aussi parce qu'elle a permis de fonder un style de commandement qui sera repris par la suite dans l'enseignement des relations humaines.

D'autres courants ont également tenté de comprendre le fonctionnement intime des groupes. Citons la sociométrie (Jacob Lévy Moreno), l'analyse des interactions (Robert Bales) ou des minorités (Serge Moscovici), les interprétations psychanalytiques (Didier Anzieu, Max Pagès). (Didier & Jacques-Yves, 1971) (Ferréol, 2004, p. 83)

Dans l'âge pré-scientifique de la clinique des groupes, on discerne au moins trois sources dont les courants se mêlent et ressurgissent périodiquement. La première est *religieuse*, elle assure les fonctions initiatiques et thérapeutiques du groupe, éléments fondamentaux de la cohésion groupale : en resserrer les liens, relier ses membres dispersés, les unifier au-dedans d'eux-mêmes par l'identification à une figure divine, à un totem. Ce fond religieux de la groupalité se révèle au principe de toute vie et de toute sauvegarde collective et individuelle : il commande les rites de passage d'un état à un autre : de la nature à la culture, d'un âge à un autre, de la naissance à la mort. Il est le support du sentiment d'appartenance.

La seconde source est *sociale, économique et politique*. Le groupe est un des éléments de l'organisation sociale et à ce titre il doit jouer un rôle dans les mouvements d'équilibre et de transformation qui affectent le « *corps* » social. La métaphore organique est au cœur de la représentation de ses fonctions du groupe, de son pouvoir ou de ceux auxquels celui-ci est confié : le chef, la tête.

La troisième source est *psychosociale* : le groupe est un outil de la socialisation, dans la mesure où il assure continuité et passage entre le groupe primaire (la famille) et les groupes secondaires (groupes de pairs, groupes d'apprentissage, groupes de pression). Un vaste champ se dessine, qui va de la bande des copains au commando, de l'équipe professionnelle à l'équipe sportive, de la cellule politique à la secte ou à la société secrète. Dans ces groupes s'établissent et se transmettent les contrats qui organisent les savoirs communs,

les idéaux partagés, les systèmes de défense et de protection mutuels. (Séchaud et al., 2006, pp. 219-220)

La diversité du champ théorique et des pratiques qui traversent le champ de la psychologie des groupes fait mieux apparaître l'intérêt porté par ce champ psychologique à l'étude des groupes. Et de nombreux travaux illustrent cela :

Sigmund Freud et les liens affectifs dans les groupes ; L'ouvrage de Freud *psychologie des masses et analyse du moi* (1921) commence par un hommage aux thèses de le bon dont l'auteur s'inspirera largement. Freud propose de répondre aux trois questions fondamentales :

- Qu'est-ce qu'une masse ?
- Comment peut-elle influencer l'individu a ce point ?
- En quoi consiste la transformation qu'il subit ?

Pour expliquer ce qui rattache les individus les uns aux autres, ainsi que les modifications qu'ils subissent, Freud propose la notion de libido. La libido a pour noyau l'amour sexuel et recouvre de nombreuses variétés d'amour comme l'amour pour soi, ses enfants, sa famille, etc.

Les liens entre les individus d'un groupe s'établissent sous l'impulsion de l'amour qui en constitue la principale force de cohésion, Freud prend pour exemple deux foules institutionnelles, l'Eglise et l'Armée. Dans ces deux types de groupes sociaux, chaque individu est rattaché par des liens libidinaux au chef (Christ, chef suprême) et a tous les individus membres de groupe. Mais ces liens sont toujours menacés, notamment par la découverte de leur absence de réciprocité ou par le soupçon que le meneur favorise certains membres au détriment d'autres. Ainsi un groupe nourrit-il l'illusion que chacun aime le meneur, que ce dernier les aime en retour également et que tous sont liés les

uns aux autres dans le partage de cet amour qui constitue le véritable ciment du groupe. (Blanchet & Trognon, 2005)

Jacob Lévy Moreno et l'anatomie des interactions dans les groupes ;
Après avoir fait des études de philosophie et de médecine à Vienne, Moreno a exercé la psychiatrie en Autriche, puis aux États-Unis, où il s'est installé en 1927. Il considère que l'analyse en profondeur des relations interpersonnelles devrait permettre de révéler leur véritable nature et ainsi favoriser la spontanéité et la créativité de l'être humain. Il propose une technique pour atteindre ce but : le test sociométrique.

Moreno avait observé que les groupes d'enfants donnaient lieu à des rassemblements parfois homogènes, parfois hétérogènes (constitués de sous-groupes) et que certains enfants restaient isolés, en dehors des groupes formés. Il formule alors l'hypothèse que la structure profonde d'un groupe est constituée par des réseaux d'attraction et de répulsion entre les individus composant le groupe. Le test sociométrique visera à mettre en évidence ces réseaux. (Blanchet & Trognon, 2005)

Au début des années 1960, Anzieu affirme que les processus de groupe mobilisent la totalité de l'appareil psychique des participants, y compris le ça et le surmoi. Le groupe est, selon lui, un contenant, une enveloppe qui fait tenir ensemble des individus. Un Moi-peau groupal qui contient, délimite, protège et, parce qu'il reste perméable, permet les échanges avec l'extérieur. Lorsque des règles de fonctionnement sont posées et clarifiées au départ, le groupe ne devient pas fusionnel. Anzieu s'intéresse à la spécificité de l'approche groupale dans le domaine de la psychothérapie psychanalytique et articule théorie psychanalytique et pratique avec des groupes d'enfants et d'adultes. (Héraudet, 2008)

En 1961, Rogers reconnaît la possible relation d'aide par le groupe. Il dit par exemple : « *pourvu que le climat du groupe soit raisonnablement favorable,*

facilitateur, je laisse en toute confiance le groupe développer son potentiel et celui de ses membres ». (Rogers, 1961/1985, p. 286)

La thérapie psychanalytique de groupe est née en 1968. Surchargée de psychothérapies individuelles, une psychanalyste a tenté de réunir des enfants en un groupe. Elle leur a proposé des jeux puis s'est très vite rendue compte qu'elle devait instituer des règles précises pour que le groupe puisse fonctionner et que le travail thérapeutique puisse se faire. (Héraudet, 2008)

Dans « *Crise, rupture et dépassement* » (1979), Kaës décrit la vie comme une succession de crises où la continuité du dedans dépend pour beaucoup de la suppléance psychosociale qui établit une fonction de conteneur. Une aide, un soutien au niveau de l'un des trois étayages fondamentaux que sont le corps, le code et le groupe sont indispensables. (Kaës et al., 1979, p. 291) « *Le groupe est le support sur lequel prennent appui, s'accrochent, dépendent les membres du groupe : il est le représentant externe d'une fonction étayante primaire défaillante* ». (Kaës, 1993, p. 352)

II) La famille

Le présent point se propose d'aborder des généralités au sujet de la famille, ce groupe si particulier qui a pris diverses conceptions contemporaines et qui depuis l'antiquité, n'a plus cessé d'évoluer.

1) Historique de la famille

« Famille. – Les savants d'il y a cent ans se demandaient d'où elle venait ; ceux d'aujourd'hui se demandent plutôt où elle va ».
(Carbonnier, 1992)

La vie familiale a connu des bouleversements considérables dans le temps et dans l'espace et plusieurs changements s'en sont suivis.

Dans la plupart des pays arabes, l'institution familiale est actuellement une entité sociale sensiblement différente de ce qu'elle était il y a une génération. Les divers changements qui ont traversé ces sociétés, et qui se poursuivent, l'ont profondément touchée. Amorcées par les changements introduits par la colonisation, ces transformations se sont poursuivies sous l'effet de l'urbanisation, la communication audiovisuelle, la scolarisation et la mixité à l'école, l'entrée des femmes dans le marché du travail, en particulier pour contribuer aux dépenses familiales, l'émigration des hommes et la planification familiale (Ben Salem, 1989). Les répercussions sur la cellule familiale ne se sont pas fait attendre. Le système économique traditionnel de la famille, basé sur l'indivision et l'autosubsistance se désagrège et la fonction de production quitte le cadre familial, surtout en milieu urbain. Sur le plan culturel, le modèle familial hiérarchisé et patriarcal, élargi et autoritaire, n'est plus la référence unique. Détrônée dans bien des cas par l'école et par les nouvelles organisations politiques et syndicales, la famille cesse en fait d'être le seul dépositaire des valeurs. Avec l'abandon progressif des idéaux traditionnels en matière de procréation, ces transformations se sont accompagnées, sur le plan de l'habitat, d'un passage de la grande maison à la petite ou à l'appartement. (Kerrou & Kharoufi, 1994)

Toutefois, l'institution familiale a développé des formes diverses d'adaptation, tout en maintenant beaucoup de valeurs et de pratiques ancestrales. L'ancien système arabe de parenté endogamique ne s'est pas effacé. Les valeurs morales du passé basées sur l'honneur, le respect, l'entraide, la solidarité sont dans une large mesure conservées. La famille large est toujours présente lors des grands événements de la vie, mariages, divorces, décès, fêtes religieuses et périodes de crise.

Boucebci (1978) explique que la famille algérienne est longtemps demeurée comme en dehors du temps. Figée dans ses structures anciennes pendant toute la période coloniale, tout cet équilibre s'est brusquement écroulé après l'indépendance ; depuis, tout un ensemble d'éléments convergents bouleverse la société algérienne. (Boucebci, 1978, p. 143)

La structure familiale traditionnelle a éclaté sous la poussée de nouveaux modèles familiaux. La grande famille « *el aïla* » qui regroupait plusieurs familles conjugales, et qui était basée sur l'attachement à l'origine patrilignagère, la division des rôles entre les deux sexes, la ségrégation de l'espace, l'indivision du patrimoine et l'entraide familiale, a subi des bouleversements autres que les exigences des conventions traditionnelles. (Addi, 1999; Boutefnouchet 1980; Dujardin, 1993)

Beaucoup d'auteurs prennent comme indicateur de ces mutations familiales le changement de statut des femmes : ces dernières renoncent de plus en plus au seul statut traditionnel de mère avant tout pour intégrer de nouveaux rôles qui n'étaient pas les leurs dans la conception traditionnelle, tel que le travail à l'extérieur de la maison (terrible humiliation pour les hommes dans les années 70-80). La scolarisation des femmes, la prolongation de leurs études et leur entrée dans le monde du travail ont poussé la nouvelle génération à être moins encline à accepter le poids de la tradition.

Si des liens de cause à effet existent entre ces différentes caractéristiques sociologiques et les mutations du statut de la femme, beaucoup d'autres valeurs sont restées les mêmes. Si elles ont changé dans la forme, elles n'ont pas ou ont très peu bougé dans le quotidien des familles. (Addi, 1999; Dujardin, 1993) La famille est toujours la cellule primordiale de la société, la religion est le dogme intangible, la ségrégation entre les deux sexes, même si elle n'est pas dans l'espace, est encore dans les idées, les symboles, les préjugés et les tabous.

La culture patriarcale persiste [...]. Elle est objet d'interprétations en fonction des intérêts respectifs des membres du groupe familial. Addi dit : « *si l'on me pressait de résumer mon analyse sociologique sur l'Algérie contemporaine, je le ferais en quatre mots : permanence et changement de la culture patriarcale. Dans les attitudes des individus, dans les nouveaux rôles qu'ils ont investis et les statuts qu'ils se sont arrogés, malgré les mutations sociologiques de l'après indépendance, la culture patriarcale est encore là, plus symbolique dans ses références aux lignages, à l'honneur (nif), à la pudeur (horma) et dans sa valorisation de l'espace domestique perçu comme modèle idéal de socialité. Mais en même temps, cette culture patriarcale, instrumentalisée, n'est plus la même et n'est plus une fin en soi* ». (Addi, 1999, p. 12)

L'Algérie aujourd'hui vit dans une réalité sociale composite, une sorte d'amalgame d'éléments modernes et d'éléments traditionnels ayant survécu. Même si la tradition perd de sa pertinence, elle n'est jamais réduite à rien, les individus ne s'en détachent pas totalement. Les anciennes et les nouvelles valeurs se mêlent inextricablement, pour former un mode de vie où elles se côtoient et se vivent en même temps. Camilleri commente la même situation en Tunisie en disant : « *le nouveau n'a pas pénétré suffisamment pour triompher, mais assez pour tout transformer en problèmes* ». (Camilleri, 1993, p. 64)

Dans une Algérie en pleine mutation culturelle et sociologique, provoquée entre autres par l'interférence de ces deux types de représentations, on trouve très peu de travaux sur la famille et les relations intrafamiliales. (Benali, 2005)

2) Définitions de la famille

« *Ohana* » signifie « *famille* ». Famille signifie que personne ne doit être abandonné, ni oublié. (Lilo et Stitch, 2002)

Le mot « *famille* » recouvre différentes réalités. En ce sens élargi, elle fut toujours définie comme la succession des individus descendants les uns des autres. C'est aussi une mini-société à l'intérieur de laquelle existent des règlements et des croyances qui tournent autour de l'axe de la relation conjugale dont les partenaires en sont les architectes. (Roudinesco, 2002)

Toute fois, tous les auteurs qui se sont penchés sur la question reconnaissent la difficulté qui existe pour définir l'« *unité naturelle* » qu'est la famille. C'est essentiellement la naissance ou l'adoption d'un *enfant* qui fonde cette dernière, à la fois de faits et socialement. Il en est en quelque sorte le pivot : c'est autour de lui, et grâce à lui, que les adultes qui lui ont donné la vie ou l'ont adopté deviennent des *parents*. Cela conduit à plusieurs définitions de la famille, selon le mode d'abord choisi.

La définition étymologique est intéressante : le mot famille dérive du latin classique *familia*, dérivé de *famulus* (serviteur) : « *La familia romaine est étymologiquement l'ensemble des famuli, esclaves attachés à la maison du maître, puis tout ceux qui vivent sous le même toit, maîtres et serviteurs, et sur qui règne l'autorité du pater familiale, le chef de famille. Enfin, familia s'applique à la parenté et, au latin médiéval (VIIIème siècle) désigne un ménage de serfs. Famille a mis du temps à s'imposer face aux autres termes usités en ancien français : parenté, parentage, lignée, mesnie (dérivé du latin mansio qui a donné aussi maison) [...]. Avant le XVIe siècle, [le mot] désigne les personnes vivant sous le même toit et encore souvent les domestiques seuls. L'idée de proche parenté tard (1585) et ce n'est que récemment que le mot évoque à la fois la parenté et la corésidence [...]. Par extension, famille désigne la succession des individus ayant une origine commune (1611), puis un ensemble de personnes qui présentent des caractères communs (1658) ; de là viennent l'emploi du mot en histoire naturelle (1676) et le sens figurés ».* (Rey, 1992, p. 1394)

En langue Arabe, la famille est appelée « *Ayla* » du verbe *Aàla*. On dit : l'homme *Aàla* signifie qu'il a beaucoup d'enfants, et désigne aussi le gouverneur qui a tendance à l'injustice). (ابن منظور ، 1999)

Selon l'anthropologie : cette science de l'homme qui étudie les structures propres à l'humain pour tenter de repérer des invariants, des attributs communs au vivre ensemble, quelles que soient les sociétés, les périodes, les temporalités ; l'anthropologie, même quand elle procède à des enquêtes de terrain, cherche à faire ressortir des invariants ; par exemple, le fait que tout individu, quelle que soit la société, est d'abord une personne qui naît et évolue à plusieurs « *places* » dans un groupe de parenté, et que ces places se voient attribuer une valeur, un rang, un sens social dans toutes les sociétés. Et ce, quelle que soit la définition que l'on donne de ce groupe de parenté.

Pour décrire la parenté, l'anthropologue français Maurice Godelier distingue deux niveaux, l'individuel et le social. (Godelier, 2004) Au niveau individuel, on naît et on vit à plusieurs « *places* » dans la parenté : on peut être à la fois un père et un fils, un frère et un oncle. Certaines positions sont choisies (le fait d'être parent), d'autres sont subies (le fait de naître, mais aussi de devenir un oncle). (Morvan & Verjus, 2014) « *La famille reposant sur l'union plus ou moins durable et socialement approuvée d'un homme, d'une femme et de leurs enfants, est un phénomène universel, présent dans tout les types de sociétés* » précise Claude Lévi-Strauss. (Lévi-Strauss, 1983, p. 95) Au niveau social, des attributs sont attachés à ces « *places* » : selon les sociétés, naître de sexe féminin ou de sexe masculin, aîné ou cadet, rester célibataire ou devenir père, être « *mère célibataire* » ou donner la vie dans le cadre du mariage, être l'enfant naturel ou l'enfant légitime, n'aura pas les mêmes conséquences sur la vie des individus. (Morvan & Verjus, 2014)

L'approche juridique ; quand les juristes parlent de la famille ce n'est pas sans ambiguïté. [...] La famille, pour les juristes, c'est traditionnellement, en priorité, l'analyse du mariage, des relations entre époux. Ensuite sont considérés les enfants, leur qualité (s'ils sont légitimes, adoptifs, naturels, adultérins), leurs relations aux parents, les relations entre eux ; les droits des grands-parents, l'intervention de la famille élargie dans ces rapports. Sont également posées les questions patrimoniales : contribution des époux en charges du ménage, dette d'aliments (tant d'un époux à l'autre que des parents aux enfants, d'enfants envers des parents), régime des biens entre époux, partage des biens en cas de dissolution du mariage. Enfin, comme la famille repose essentiellement, en droit, sur le lien matrimonial, les juristes réservent un traitement privilégié à la « *maladie* » de ce lien, la séparation et surtout le divorce. (Arnaud, 1991)

Avant les années soixante, il n'y a pas d'économie de la famille. **L'approche économique**, reconnaît essentiellement deux types d'agents : la « *firme* » et le « *consommateur* ». [...] Dans cette optique, il importe peu que le consommateur ne soit qu'exceptionnellement un individu isolé et soit, plus généralement, un ménage à plusieurs personnes ou une famille. [...] on suppose soit que les agents sont regroupés par affinité et tous les agents du même ménage ont les mêmes goûts, soit qu'un chef de ménage, à caractère plus ou moins dictatorial, impose son points de vue.

Si l'on cherche à représenter la décision au sein du groupe familial de façon plus réaliste, le consommateur ne s'oppose plus à l'entreprise. Certes, la famille ne survit pas ou du moins pas de façon générale en vendant sa production. (Herpin & Verger, 1991)

La définition la plus simple de la famille est peut-être biologique : les « *liens du sang* » peuvent définir la famille d'une façon verticale, c'est-à-dire de parentalité-filiation (le fondement biologique de la parenté étant la

consanguinité). Cette définition ignore cependant le cas des enfants adoptés, et quelle filiation attribuer aux enfants issus de « *mères porteuses* ». Elle manque également de réponse face aux accouchements sous X garantissant, dans certains pays du monde, l'anonymat de la mère qui abandonne immédiatement et définitivement son bébé. (Albernhe & Albernhe, 2014)

Plusieurs définitions psychologiques de la famille ont été proposées. Une des plus intéressantes semble être celle qui, s'inspirant du mouvement psychanalytique d'origine kleinienne, a distingué la famille externe (actuelle) et la famille interne (passée ou d'origine). Pour Robert Neuburger (1995), la complexité familiale renvoie au fait que la famille à plusieurs niveaux de fonctionnement. « *Une famille est : une unité fonctionnelle donnant confort et hygiène ; un lieu de communication, matrice relationnelle pour l'individu ; un lieu de stabilité, de pérennité, malgré ou grâce aux changements que le groupe peut opérer ; un lieu de constitution de l'identité individuelle et de transmission transgénérationnelle : la filiation* ». (Albernhe & Albernhe, 2014, p. 142)

Définition sociologique : « *La famille est une unité sociale vouée à assurer, dans la plupart des sociétés, la socialisation primaire des individus.*

La famille est bien sûr un objet privilégié pour la sociologie : c'est dans la famille, dès la prime enfance, que se transmettent des valeurs et des normes, des compétences linguistiques et cognitives, des attitudes et des techniques du corps, un ensemble de dispositions qui vont caractériser les individus tout au long de leur vie. En ce sens, la famille est toujours au cœur du processus de reproduction sociale. » (Lebaron, 2009, p. 61)

Des définitions sociologiques ont été tentées. Roger (1980) envisage la famille comme étant un « *groupe primaire naturel* » : « [...] l'expression « *groupe primaire* », proposée par le psychosociologue américain Cooley, désigne les petits groupes sociaux à interrelations directes et de face-à-face, par

opposition aux « groupes secondaires » où l'interconnaissance n'est que potentielle et où les relations sont de type indirect ou contractuel, du fait d'une part de la grande taille du groupe et d'autre part de son organisation interne purement sociale. » (Albernhe & Albernhe, 2014, pp. 142-143)

3) Typologie de la famille

On distingue généralement des types de systèmes familiaux (ou structures familiales), selon des critères variables, et pouvant porter différentes appellations selon les auteurs.

La typologie qu'on obtient selon la composition de la famille peut se présenter de cette façon :

- *Les familles nucléaires ou étroites* sont constituées par l'assemblage : père + mère + enfants non mariés ;
- *Les familles communautaires* sont en revanche *élargies* à l'horizontale : les enfants mariés ou non agglutinés en cellules conjugales pouvant cohabiter ;
- *Les familles multigénérationnelles*, également parfois appelées *familles souches* ou *familles maisons*, sont unies à la verticale en ce sens qu'elles correspondent à un assemblage plurigénérationnel : parents + enfants + petits-enfants ;
- L'expression de *famille recomposée* est malheureuse pour Guy Ausloos (1998) car « *il ne s'agit pas de recomposition, encore moins de reconstitutions ; il s'agit d'une famille nouvelle, recrée, qui constitue à son tour un nouveau système. je préfère donc parler de familles néoformées ou recrées, pour insister sur le fait que l'on a à faire avec un nouveau système et non avec des morceaux d'anciens systèmes. On peut de toute façon se poser la question de savoir si ces formes de familles sont tellement nouvelles.* », écrit-il. (Albernhe & Albernhe, 2014, p. 142)

D'autres typologies ont été élaboré, notamment celle de Jules Riskin et de Elaine E. Faunce établit à partir de l'échelle d'évaluation des interactions familiales pathologiques, ensuite celle de Salvador Minuchin est une typologie familiale psychanalytique qui est davantage liée aux conceptions psychiatriques habituelles, d'où des dénominations par les termes de *familles caractérielles, névrotiques, psychotiques, perverses, dépressives, narcissiques, paranoïaques...* comme l'ont conceptualisé A. Eiguer et H. E. Richter. Il faut noter cependant, que beaucoup de travaux de recherche sur la problématique famille/individu ont été accompli par des chercheurs comme Lidz, Wynne, Ferreira, Selvini, Racamier et Kestenberg, chacun dans son champ et selon sa méthodologie propre comme des théories de la psychologie familiale avant la constitution de caractériologies familiales. (Amardjia, 2005)

4) Fonctions de la famille

Que la famille remplisse une fonction sociale extrêmement importante, ainsi que l'avait relevé Salvador Minuchin (1980), n'a rien d'étonnant : « *La famille est la matrice du développement psychosocial de ses membres, mais elle doit aussi s'adapter à la société et assurer une certaine continuité à sa culture. [...] Les révolutions française, russe et chinoise ont toutes sapé la structure de la famille traditionnelle dans ces pays en un effort pour accélérer la vitesse du progrès vers un nouvel ordre social. [...] Le changement va toujours de la société vers la famille, jamais de l'unité la plus petite vers la plus grande* ».

La principale fonction de la famille est probablement sa **fonction d'identité** : la famille est la matrice de l'identité, selon l'heureuse expression de Minuchin : « *Dans toutes les cultures, la famille imprime en ses membres leur identité. L'expérience humaine d'identité a deux éléments : le sentiment d'appartenance et le sentiment d'être séparé. Le laboratoire dans lequel ces ingrédients sont mêlés et dispensé, c'est la famille, matrice de l'identité* ». Le sentiment d'appartenance

« provient d'un ajustement de l'enfant aux groupes de la famille et de son adoption des patterns transactionnels de la structure familiale qui restent cohérents tout au long des différents évènements de la vie ».

La famille assure aussi une **fonction éducative**, au sens fort du terme, basée sur des relations complexes d'autorité, de loyauté, de confiance. En son sein se constitue le premier apprentissage du manque, de la frustration, et donc de la socialisation. C'est elle qui permet à l'enfant d'être précocement confronté à la loi, et à la symbolique qui lui ait liée. (Albernhe & Albernhe, 2014, p. 151)

L'une des fonctions essentielles de la famille serait de fournir « *un terreau émotionnel suffisamment riche pour permettre à ses membres de créer une identité propre* », remarque Philippe Caillé. C'est en ce sens qu'il lui semble que la famille devrait perdurer, même si une « *nouvelle famille* » resterait peut-être à inventer. (Goldbeter-Merinfeld, 2011, pp. 7-8)

De part sa composition même [...], la famille permet d'articuler la différence entre la *différence des sexes* et la *différence des générations*. Elle permet donc à l'enfant de trouver sa place, en tant que « fils » ou que « fille », puis à son tour en tant que « père » ou que « mère ».

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

Réfléchir aux fonctions que remplit la famille dans la société contemporaine revient en quelque sorte à se demander à quoi sert la famille aujourd'hui et dans quelle mesure cette ou ces fonctions ont évolué au fil du temps en interaction avec d'autres institutions. Les manuels contemporains de sciences économiques

et sociales à destination des lycéens évoquent deux fonctions principales de la famille : une fonction économique (transmission des richesses, production et surtout aujourd'hui consommation) et une fonction sociale (socialisation des enfants et solidarité mutuelle). Il en existe bien d'autres : l'accès à une sexualité légitime et reconnue ; la reproduction biologique et le renouvellement des générations ; l'identification sociale des individus ; le soutien face aux risques de l'existence ; la formation morale, éthique, politique et religieuse ; la sociabilité... Mais ce serait sans compter avec d'autres caractéristiques de la vie familiale, moins positives et aux effets non moins puissants : la famille peut aussi être vue comme le nid de reproduction des inégalités, qu'elles soient économiques, de santé, de capital social, et la source de nombre de troubles psychiques. (Martin, 2004)

5) Caractéristiques de la famille Algérienne

La famille reste, dans la plupart des civilisations, la cellule de base, la pièce maîtresse de l'organisation sociale. Notant que chaque société a ses propres caractéristiques, nous allons nous arrêter au niveau de notre société algérienne et ainsi aborder ses particularités.

Il est admis que la famille soit une unité de la société ou elle-même une société. Son enjeu est réciproque avec cette dernière. La société algérienne a connu des bouleversements qui ont agi de façon importante sur la famille : l'éclatement économique, la décennie rouge, le phénomène d'acculturation sous l'influence des médias et les nouveaux programmes scolaires, ces éléments et d'autres entraînent des modifications qui touchent profondément l'unité de base de la société algérienne.

La composition de la société algérienne nous oblige à délimiter les concepts de ménage et de famille. *L'État et Structures des Familles et Ménages* (1966), lors du premier recensement national, donne la définition suivante au ménage : «

Un ménage ordinaire est un groupe de personnes vivant dans le même logement préparant (et prenant en général) les principaux repas ensemble. Une personne vivant seule dans un logement constitue un ménage. Un ménage est composé d'une seule ou plusieurs familles. Parmi les membres d'un ménage, on peut trouver outre le chef de ménage, son (ou ses) épouse(s) d'autres parents (père, mère, belle-mère...) mais aussi d'autres personnes non parentes (domestiques, pensionnaires...) ». (Hadj Ali, 2006, p. 35)

Le même auteur définit la famille comme « *étant un sous ensemble du ménage a été définie de la manière suivante : Une famille est composée d'un homme, son (ou ses) épouse(s), ses enfants non mariés. Une famille pouvait comprendre également d'autres personnes isolées... ». (Hadj Ali, 2006, p. 18)*

Les deux définitions sont éclairantes sur la composition de la famille algérienne, parfois grande famille (traditionnelle), d'autres fois famille conjugale moderne, elles abordent quelques caractéristiques que Boutefnouchet a bien mentionnées :

- La famille algérienne est une famille souche, où un ou plusieurs couples avec ou sans enfants vivent dans la grande maison.
- Le patriarcat est dominant dans la famille algérienne, le père ou le grand-père est le chef spirituel de l'organisation familial, il est le sage que ses paroles sont des ordres non dépassés par les membres de la famille.
- La filiation dans la famille algérienne est paternelle, l'origine de l'enfant demeure de son père, non de sa mère ; la mère et la femme demeurant dans la généalogie de son père.
- La famille algérienne est liée solidement ensemble, indivise et cohésive, les descendants masculins ne quittent pas la grande maison lors du mariage, au contraire les descendants féminins doivent quitter la grande maison au mariage.

6) Maladie mentale dans la famille

« Dans une famille on est tous tributaire les uns des autres. Le malheur de l'un fait le malheur de tous. » Germaine Versailles.

Quand un proche devient malade psychiquement, toute sa famille-enfant, conjoint, frère, sœur ou parent- s'interroge, souffre avec lui et voit sa vie changer. Celle-ci passe alors par des moments clés, des étapes qui sont autant de jalons sur la route douloureuse, Mais inévitable, de l'adaptation à une nouvelle réalité. « Rien ne prépare une famille à la maladie mentale » constate la journaliste Tobin, auteure d'un livre sur la schizophrénie. Certes, chaque histoire est singulière, chaque affection a son déroulement particulier. Pourtant, au-delà des différences, on retrouve les mêmes thèmes, interrogations ou affirmations douloureuses qui semblent être le lot commun de tous ceux dont un proche a, un jour, été atteint par la maladie mentale. (Le petit Larousse de la psychologie, 2013)

La famille organise son fonctionnement et impose ses règles. L'organisation et les règles au sein de celle-ci sont préétablies et sont situées au sein de l'histoire personnelle des personnes qui la composent. Elle est régie par des lois internes, des modes de communication particuliers qui en font un système où l'interaction est omniprésente. C'est une microsociété qui a pour objet la transmission des valeurs d'appartenance et l'établissement de lien étroit avec l'environnement. Cet ensemble est bouleversé par la pathologie mentale d'un membre de la famille. L'interaction, le comportement, l'attitude et la communication prennent une tournure pathogène. (Haouzir & Bernoussi, 2010)

D'un autre côté, Don Jackson propose d'appliquer à la famille un modèle venant de la biologie : le modèle homéostatique. « Les familles sont comme les cellules des homéostats », c'est-à-dire des organismes qui ont la capacité de retourner à l'équilibre lorsqu'une déviation est introduite. Nous sommes des

organismes biologiques, donc homéostatiques : quand la déviation de notre faim est introduite, nous retournons à l'équilibre en allant manger. Ce modèle homéostatique, très présent dans les écrits sur la famille, proposait donc un modèle où la famille aurait pour finalité de maintenir son équilibre. Ce qui a entraîné la croyance que les familles essaient de ne pas changer. (Ausloos, 1994)

7) Famille algérienne face à la maladie

De diverses représentations entourent à la maladie en milieu social algérien, des concepts spécifiques et des interprétations magiques sont attribués à des maladies. Le savoir populaire semble utile dans la prise en charge du malade. Zerdoumi (1970) a mentionné que dans le Maghreb, il existe deux médecines juxtaposées, l'une scientifique, l'autre traditionnelle. Le *Taleb*, le *Mrabet* (Marabout), la *sahhara* (sorcière) et aujourd'hui le *Raki*, sont des thérapeutes populaires que le malade et sa famille vont voir en cas d'échec des sciences médicales, ceux-ci sont des recours, ils interprètent l'étiologie de la maladie de la manière suivante :

- C'est l'ancêtre du malade qui l'afflige car il n'a pas été honoré convenablement.
- Ce sont les *Djinn*s du terroir qui le tourmentent car il a transgressé un interdit.
- Ce sont ses pairs, jaloux de son intelligence, de sa réussite, de sa richesse, de sa beauté qui le persécutent, soit à travers la mauvais œil - qui consiste à détruire l'objet convoité faute de le posséder.

Dans la culture algérienne, le malade est pris en charge par l'ensemble de la famille, il reçoit des visites quotidiennes, surtout dans les graves de patients mourants, c'est une occasion pour demander pardon au malade. Actuellement, l'algérien croit que, la *Roukia* est un moyen utile dans le processus de guérison, le *Raki* prend alors la place du *Taleb* et Marabout. Durant cette thérapie plus ou moins religieuse, le *Raki* entreprend de lire des versés coraniques au malade qui à

son tour ferme ses yeux, et se concentre sur la voix. Dans le cas où le patient serait touché par le *Djinn*, le *Sihr* ou le mauvais œil, il répondra à cette lecture en parlant ou agitant le corps ; s'il ne répond pas de cette façon, cela voudra dire qu'il est « *sain* ».

Le philosophe Ibn Khaldoun cite que : « *Le pouvoir magique peut être de trois degrés. La première exerce une influence purement psychique, sans aucun instrument ou recours extérieur : c'est ce que les philosophes appellent la magie (Sihr). Le second agit à l'aide du « tempérament » (Mizaj) des sphères célestes et des éléments, ou bien par les propriétés des nombres : c'est là l'art des talismans, qui est inférieur au degré précédent. Le troisième exerce une influence dure les facultés de l'imagination. C'est là-dessus que s'appuie cela qui en joue. Agissant sur l'imagination (des spectateurs), jusqu'à un certain point, il l'alimente en fantasmes, images et formes dont il se sert. Puis, il les fait descendre au niveau de la perception sensorielle des assistants, grâce à ses pouvoirs psychiques* ». (Ibn Khaldoun, 1968, p. 1079-1080)

« *La religion est un phénomène humain majeur qui structure la vision du monde, sauve un grand nombre d'individus, organise presque toutes les cultures... et provoque d'immenses malheurs !* » (Cyrulnik, 2017, p. 39) Or, dans le cas de maladies graves telles que le cancer ou la schizophrénie ces thérapies traditionnelles se voient inefficaces voire parfois même empirent l'état du patient. Ainsi les représentations culturelles religieuses incrustées chez certaines familles peuvent constituer un réel danger pour la santé du malade. Cyrulnik ajoute que le système religieux, en se dérégulant, donne des troubles : Culturels (guerres de religion) ; psycho-affectifs (fanatisme) ; neurologiques (extases délirantes ou hallucinations). (Cyrulnik, 2017)

III) La dynamique familiale

“It was on this day, from this fire, with these people, that Siddhartha learned about suffering... and discovered compassion. They were him, and he was them.” – Little Buddha (1993).

« Un [est] le Tout, par lui le Tout et vers lui [retourne] le Tout; et si l'Un ne contient pas le Tout, le Tout n'est rien » – Zosime de Panopolis (vers 300 av. J.-C.)

1) Historique de la dynamique familiale

Avant les années cinquante, Ackerman et Whittaker ont commencé à rencontrer des familles, mais il n’y avait alors ni mouvement ni même de théorie. Dans les années cinquante une théorie a commencé à se développer avec la théorie générale des systèmes (von Bertalanffy), la cybernétique (Wiener), la théorie de l’information (Shannon) et de la communication (Bateson), comme le présentent Gurman et Kniskern (1981). [...] Au début des années cinquante, on commence dans les universités américaines à parler de la théorie des systèmes et de la cybernétique. La famille étant un système autogouverné, on observe, on essaie de déterminer les règles, les rôles, les mécanismes de fonctionnement et d’organisation. Don Jackson propose d’appliquer à la famille un modèle venant de la biologie : le modèle homéostatique. Nous sommes des organismes biologiques, donc homéostatiques : quand la déviation de notre faim est introduite, nous retournons à l’équilibre en allant manger. Ce modèle homéostatique, très présent dans les écrits sur la famille, proposait donc un modèle où la famille aurait pour finalité de maintenir son équilibre. Ce qui a entraîné la croyance que les familles essaient de ne pas changer. (Ausloos, 1994)

Des travaux mettent en lumière les conceptions et les rapports de pouvoir qui marquent les discours et les pratiques des nouveaux experts de la famille (travailleuses sociales, psychologues, médecins, etc.), qui tentent, au fil du XXe siècle, d'encadrer l'enfance et l'adolescence comme stades de développement psycho-biologique particuliers. (Adams, 1997; Comacchio, 2006; Gleason, 1999; Stiles, 2003; Wall, 2009) Au croisement de l'histoire des familles ces recherches ont souligné l'impact de ces discours sur les relations familiales, les rapports intergénérationnels et la définition des rôles des parents auprès de leurs enfants. Par ailleurs, la figure de l'adulte, ses rôles, ses fonctions et les représentations qui y sont associées dans l'espace familial, restent encore inexplorés. Une approche basée sur l'étude des parcours de vie permettrait d'appréhender la maternité, la paternité, les relations parents-enfants et les structures familiales sur le long terme de façon dynamique. (Beaumier, 2017) Au-delà de l'étude des dyades parent-enfant, paradigme jusqu'alors majoritaire dans les recherches en psychologie du développement, ces travaux considèrent dorénavant l'ensemble des relations familiales (conjugale, coparentale, parent-enfant, fraternelle, etc.), leur interdépendance, leurs effets sur le développement de l'enfant, mais aussi comment chacun de ces partenaires (père, mère, enfant) contribue à la dynamique familiale. (Anderson & Sabatelli, 1999; Cox et Paley, 1997, 2003; McHale & Grolnick, 2002) Le contexte actuel de mutation de la famille, marqué notamment par l'évolution des rapports homme-femme, de la place de l'enfant au sein de la famille et plus largement au sein de la société, et le développement de configurations familiales diversifiées (monoparentale, recomposée, homoparentale, etc.), amène nécessairement une complexité des processus psychologiques et sociaux à l'œuvre au sein de ces interactions plurielles. (Bergonnier-Dupuy & Robin, 2007; Rouyer, 2009)

L'étude des familles de schizophrènes a débuté de façon notable dans les années 30, période où l'on cherchait à établir l'étiologie de la schizophrénie. On

étudia le rôle des parents afin d'y découvrir une cause possible de cette grave maladie. (Boucher & Lalonde, 1982) Historiquement, la famille est d'abord considérée comme la « *cause* » des problèmes de santé mentale avant de devenir, dans un contexte de désinstitutionalisation de la psychiatrie, une « *solution* » pour maintenir la personne dans son milieu. Un changement majeur de paradigme s'effectue dans ce passage d'un modèle pathologique de la famille à un modèle de compétence. Les connaissances sur les familles accueillant un proche aux prises avec des troubles psychiatriques graves s'avèrent toutefois très limitées et la dynamique entre les familles et les professionnels reste caractérisée par une certaine animosité. Bien que considérée comme un élément essentiel dans la politique de maintien du patient dans la communauté, la famille n'est encore que partiellement reconnue comme source d'influence potentiellement positive dans la trajectoire des soins. (Carpentier, 2001) Le développement actuel de la psychiatrie donne de plus en plus souvent aux malades atteints de schizophrénie la possibilité de récupérer leur niveau de fonctionnement social précédant la maladie. Cette évolution pousse à mettre l'accent sur le perfectionnement de méthodes d'aides extra-hospitalières pour les personnes atteintes d'une maladie mentale. (Zygankov, 2005) La présence ou l'absence de rechutes de la maladie psychique dépend en grande partie des particularités de la réaction du milieu familial, du caractère de l'interaction systémique et de la communication émotionnelle au sein de la famille du malade, et de l'organisation du soutien social. (Leff, 1989; Merlinger, 2000; Tennakoon, 2000; Pharoah et al., 2004)

De fait, la famille aujourd'hui est davantage pensée comme une ressource que comme une entrave à la guérison. La question n'est pas de décider quelle est la vision la plus juste mais de montrer que le passage d'une idéologie à une autre doit absolument s'accompagner d'une réflexion clinique et théorique sur l'impact de cette idéologie sur le quotidien et le bien-être des familles et des malades. (Davtian & Scelles, 2013)

2) Définition de la dynamique familiale

Originaire du grec ancien *dynamikos* (= *puissant, efficace*), dérivé de *dynamis* (= *puissance*) auquel est également apparenté *dynasteia* (= *domination, pouvoir, oligarchie*) qui a donné *dynastie* en français, le mot « *dynamique* » est défini dans le dictionnaire Littré (1994) comme étant ce qui réfère au mouvement, à l'équilibre, à la fonction... Ainsi, dans le domaine de la physique, il est relatif au mouvement produit par des forces. C'est aussi la partie de la mécanique qui étudie les relations entre les forces et les mouvements qu'elles produisent : La dynamique classique, newtonienne, relativiste. « *Quelques formules, pensait-on, devaient résumer toute notre expérience, et un tableau final de relations d'équilibre et de transformations, analogue ou identique à celui que forment les équations de la dynamique devait être le but et le terme du travail de l'intelligence scientifique* ». (Valéry, 1944, p. 60) En philosophie, c'est ce qui considère les choses dans leur mouvement. « *Un effort plus scientifique a été fait depuis lors, à la recherche des composantes raciales du psychisme. Il n'est devenu fructueux que lorsqu'on a abandonné la méthode statistique inventoriale, pour une conception dynamique du portrait racial* ». (Mounier, 1946, p. 158)

En sociologie, la dynamique sociale est l'étude des forces créatrices auxquelles on attribue une valeur causale dans l'évolution et le progrès des sociétés. La dynamique sociale étudie, à la manière de la physiologie, la vie en mouvement, les forces créatrices du devenir et du progrès. (Birou, 1966) C'est aussi l'étude des lois qui régissent les phénomènes spécifiques des groupes restreints, les changements personnels à l'intérieur des groupes. (Mucch. 1969)

La Psychologie dynamique étudie les processus psychiques dans leur évolution. En parlant de la vie mentale ; « *dynamique* » est ce qui procède par modifications incessantes selon une finalité ; ce qui se développe. Tel que l'imagination, la joie, et la pensée dynamique. « *La psychologie et la sociologie*

du nouvel organicisme doivent faire appel (...) à un principe authentiquement créateur, à un inconscient dynamique et à une société ouverte ». (Vuillemin, 1949, p. 79)

En psychanalyse, le terme dynamique « *qualifie un point de vue qui envisage les phénomènes psychiques comme résultant du conflit et de la composition de forces exerçant une certaine poussée, celle-ci étant en dernier ressort d'origine pulsionnelle* ». (Laplanche & Pontalis, 1996, p. 123) La dynamique décrit le jeu des forces en présence et les antagonismes des instances entre elles. La dynamique correspond au jeu des éléments entre eux. Les modalités sont oppositions, composition, repli... (Juignet, 2001)

En systémie, on évalue un système, à savoir le couple ou la famille fonctionnant comme un tout organisé. Cette évaluation se réalise dans une perspective dynamique, en portant attention aux forces qui maintiennent ou compromettent l'équilibre du système ainsi qu'à celles susceptibles de le remettre en mouvement. L'évaluation de la dynamique du système familial signifie aussi la prise en compte de la famille comme un facteur de risque prédisposant, précipitant, aggravant ou de maintien d'une pathologie. L'apparition d'un comportement symptomatique chez une personne n'est pas toujours associée au fonctionnement familial. Parfois, par sa réponse, la famille peut contribuer au maintien ou à l'aggravation de la conduite symptomatique. Dans d'autres situations, la famille peut être considérée comme un facteur de protection pour un être humain en difficulté et ainsi être mise à contribution. (Veilleux, 2011)

Dans ce sens, la dynamique familiale va s'agir des interactions, de la communication et autres transmissions intergénérationnelles qui se font entre les membres d'une même famille ainsi que de la structure de celle-ci, du rôle de chacun de ses membres et des relations qui existent entre eux.

3) Approches théoriques de la dynamique familiale

La dynamique familiale selon l'approche psychanalytique ; « *Le groupe sous toutes ses formes a intéressé Freud. Pour lui le facteur social intervient comme l'un des pôles conflictuels auquel l'individu est confronté* ». (Chapelier, 2015, p. 17) Freud tente de comprendre les liens qui unissent groupe et individu. La famille est un groupe et ce groupe familial est régi par les lois des différences entre générations et de l'interdit de l'inceste. Le groupe en psychanalyse est souvent considéré comme, un contenant ou un environnement étayant pour l'individu. (Jacket, 2009) Chez Freud, la structure familiale avec sa contrainte à l'identification des enfants entre eux serait prototype du groupe considéré comme une somme d'individus qui ont mis « *un seul et même objet à la place de leur idéal du moi et se sont, par conséquence, dans leur moi, identifiés les uns aux autres* ». (Caillot & Decherf, 1989, p. 30) L'individu ne peut devenir un individu que s'il se détache d'un fond groupal. Le sujet est considéré comme un être en relation, une structure de liens, il ne peut vivre seul et il oscille sans arrêt entre deux pôles : rester englouti dans le cocon familial ou revendiquer sa liberté.

Les fantasmes originaires ; Scène de séduction, fantasme de castration, scène originaire, vie intra-utérine comme paradis perdu, ce sont des scénarios que tous les hommes partagent. Ces fantasmes dirigent la façon de vivre de la famille, s'ils circulent bien, les échanges et la créativité sont possibles dans la famille, dans le cas contraire une souffrance exprimée par des symptômes risque d'apparaître chez un ou plusieurs membre de la famille.

L'appareil psychique familial ; est une création interactionnelle, c'est une création de la famille. La relation entre les membres agit comme une espèce d'alchimie entre leurs différents psychismes. C'est un espace transitionnel où chaque membre de la famille a le sentiment d'être en complicité avec les autres, d'être rassuré par rapport à la solitude et au sentiment d'abandon, d'être contenu

par les autres et de ne jamais se sentir seul. Cet appareil psychique familial est fait de la partie la plus instinctive des individus et il va tellement de soi qu'on ne le voit pas, sauf quand la famille est en crise. Il ne se réfléchit pas, c'est l'ensemble des liens, des relations qui vont de soi et il traverse les générations.

D'autres développements de la psychanalyse ont apporté des points de vue dynamiques sur le fonctionnement familial, qui ont contribué à éclairer la genèse de nombreux troubles psychopathologiques, sans pour autant céder au préjugé étiologique, tels les notions de *névrose familiale* proposées par Laforgue (1936) et Leuba (1936), celle d'*interactions fantasmatiques* proposée par Cramer et Kreisler en 1981, celle enfin de *scénario narcissique* de la parentalité récemment proposée par Manzano et al. (1999). Ces trois notions servent à décrire la dynamique inconsciente sous-jacente à un dysfonctionnement familial, à un trouble relationnel parent/enfant ou à l'échec d'une fonction parentale. [...] Si la description de ces auteurs nous paraît aujourd'hui excessive, voire naïve, il faut leur reconnaître le mérite d'avoir montré pour la première fois l'importance des mécanismes de transmission transgénérationnelle inconscients. (Houzel, 2003)

La dynamique familiale selon l'approche systémique ; Les approches systémiques et communicationnistes en ont fait d'emblée leur sujet d'étude. Ces approches sont issues de nouveaux paradigmes scientifiques apparus vers le milieu du XXe siècle, paradigmes qui rompaient avec les approches des siècles précédents pour proposer une approche holistique des phénomènes étudiés : théorie générale des systèmes de von Bertalanffy (1947), cybernétique de Wiener (1948), théorie de la communication de Shannon et Weaver (1949), théorie des jeux de von Neumann et Morgenstern (1942). Les composants d'un système sont en interaction les uns avec les autres d'une façon qui caractérise celui auquel ils appartiennent. Le système lui-même est défini par l'ensemble des interactions des éléments qu'il contient : « *Un système, écrit von Bertalanffy, peut être défini comme un complexe d'éléments en interactions. Par "interaction", nous*

entendons des éléments p liés par des relations R, en sorte que le comportement d'un élément p dans R diffère de son comportement dans une autre relation R'. S'il se comporte de la même façon dans R et dans R', il n'y a pas interaction et les éléments se conduisent indépendamment par rapport aux relations R et R' » (von Bertalanffy, 1968, p. 53)

Les systématiciens déterminent la famille comme un système, c'est-à-dire un ensemble d'individus en interaction, gouvernés par une série de règles implicites et explicites, se référant à des valeurs, attribuant parfois à certains de ses membres des rôles spécifiques, soutenant collectivement un mythe, une image d'un idéal familial ; les membres sont liés entre eux par un sentiment d'appartenance qui peut se manifester par des liens de loyauté entre générations (filiation) et dans une même génération (la fratrie ; le couple), pouvant rendre les espaces personnels (d'autonomisation) difficiles à préserver. (Goldbeter-Merinfeld, 2011)

C'est ainsi que Bateson et ses collaborateurs, après avoir utilisé une approche systémique dans des recherches anthropologiques, l'ont appliqué à l'étude du groupe familial et, tout d'abord, dans les familles dont un membre était schizophrène. Leurs travaux les ont conduits en 1956 à définir un mode de communication particulier au sein de ces familles, qu'ils ont baptisé double bind (double lien ou double contrainte) : *« Les éléments indispensables pour constituer une situation de double contrainte, telle que nous la concevons, sont les suivants : 1 / Deux personnes ou plus. Pour les besoins de l'exposé, nous désignerons une comme la "victime" [...] 2 / Une expérience répétée. Nous affirmons que la double contrainte est un thème récurrent dans l'expérience de la "victime". Notre hypothèse prend en considération, non pas une expérience traumatique unique, mais une expérience dont la répétitivité fait que la double contrainte revient avec régularité dans la vie de la "victime". 3 / Une injonction négative primaire. Celle-ci peut prendre deux formes : a) "Ne fais pas ceci ou je te punirai" ; b) "Si tu ne fais pas ceci, je te punirai" [...] 4 / Une injonction*

secondaire, qui contredit la première à un niveau plus abstrait tout en étant, comme elle, renforcée par la punition ou par certains signaux menaçants la survie. Cette injonction secondaire est plus difficile à décrire que la première pour deux raisons : d'abord, parce qu'elle est transmise à l'enfant par des moyens non verbaux. Attitudes, gestes, ton de la voix, actions significatives, implications cachées dans les commentaires verbaux, tous ces moyens peuvent être utilisés pour véhiculer le message plus abstrait. Ensuite parce que l'injonction secondaire peut se heurter à l'un des éléments de l'interdiction primaire [...] 5 / Une injonction négative tertiaire, qui interdit à la victime d'échapper à la situation [...]». (Bateson et al., 1956, pp. 14-15)

La description du *double bind* a été à l'origine de très nombreux travaux visant à repérer les modes de communication intrafamiliaux pathogènes caractéristiques des familles comprenant un « *patient désigné* » atteint de tel ou tel syndrome. Le terme générique de communication paradoxale est utilisé pour désigner l'ensemble des troubles de la communication relevés. C'est ainsi qu'ont été successivement décrits : le schisme (Lidz et al., 1957), qui décrit un conflit conjugal latent ; la pseudo-mutualité, dans laquelle les conflits sont masqués pour laisser croire à une totale harmonie au sein du groupe familial et la pseudo-hostilité (Wynne & al., 1958), dans laquelle des alliances secrètes sont masquées ; la disqualification (Haley, 1959; Sluzki et al., 1971; Kaufmann, 1986), dans laquelle « *un message n'est pas confirmé de façon explicite alors qu'une telle confirmation eut été nécessaire* » (Seywert, 1990, p. 99) ; la mystification (Laing, 1965), engendrant la confusion plutôt que le conflit, etc.

Ces différents modes de communication paradoxale ont été étudiés et décrits essentiellement dans les familles de schizophrènes. Dès 1957, Lidz, Fleck & al. ont décrit, à partir de l'étude de 14 familles, les caractéristiques de l'organisation et de la communication des familles de schizophrènes : union conjugale défectueuse, effacement des barrières intergénérationnelles, non-

respect des frontières entre les sexes, insuffisance de l'apprentissage d'un langage fiable, transmission d'un mode de pensée irrationnelle. D'autres études ont porté sur les familles dont un des membres présentait : un trouble des conduites alimentaires (Bruch, 1974; Selvini-Palazzoli, 1973, 1978, 1988) ; un trouble névrotique (Richter, 1970, 1972) ; un syndrome maniaco-dépressif. (Finley & Wilson, 1968)

Cependant la tendance des études systémiques à proposer une typologie familiale centrée sur la pathologie d'un de ses membres a été rapidement écartée par la plupart des auteurs systémiciens du fait de son manque de spécificité et à cause du risque que cela comporte de stigmatiser les familles et de déboucher sur un a priori étiologique. On y a substitué l'étude de la fonctionnalité des familles, en décrivant un gradient qui va des familles les plus gravement dysfonctionnelles aux familles les plus fonctionnelles. Ce type d'étude s'appuie sur les notions :

- d'*homéostasie familiale*, notion introduite dès 1957 par Jackson. Elle transpose à l'équilibre interne de la famille le concept biologique d'équilibre du milieu intérieur défini par Claude Bernard. Le patient désigné de la famille n'est pas malade de sa seule personne, mais aussi d'un dysfonctionnement de sa famille, porteur des symptômes de la famille il la protège par sa souffrance afin de maintenir sa cohésion, en assurer son homéostasie ;

- de *triangle relationnel*, notion introduite par Weakland en 1960 pour décrire les interactions au sein du triangle père/mère/enfant, et plus généralement de style interactionnel (Beavers, 1982, 1983) qui décrit l'équilibre entre tendances centripètes (maintenir chacun des membres du groupe familial en son sein) et tendances centrifuges (pousser chacun des membres vers l'extérieur du groupe familial) ;

- de *mythe familial* (Ferreira, 1981; Neuburger, 1995) : « [...] c'est la croyance montrée en des caractéristiques, des spécificités du groupe. Ces

croyances concernent tous les niveaux de réalité de la famille ; l'ensemble de ces croyances constitue la "personnalité" d'une famille, le mythe d'une famille » (Neuburger, 1995, p. 12) Toute famille fabrique son ou ses mythes dont elle a besoin pour construire son identité. Les dysfonctionnements apparaissent lorsque le mythe, système de croyances et de valeurs, est transformé en un ensemble de vérités intangibles et immuables ;

- de *rituels familiaux* : « *Ce sont toutes les conduites répétitives qui ont pour fonction de renforcer le pôle mythique du groupe, en le faisant transparaître* » (Neuburger, 1995, p. 24) ;

- de *rôles familiaux*, définis par Seywert (1990) : « [...] *les patterns comportementaux attendus dans l'exercice d'une fonction familiale donnée* » (p. 75). En 1973, Boszormenyi-Nagy a élaboré le concept de parentification pour désigner le rôle attribué implicitement à un enfant de fonctionner comme « parent de ses propres parents ou comme parent d'un de ses frères et sœurs ». La parentification n'a des effets pathogènes que si elle est cachée, durable et inappropriée aux compétences de l'enfant ; les systémiciens insistent également sur le rôle de bouc émissaire attribué par le groupe familial à un de ses membres dans les familles dysfonctionnelles ;

- de *frontière* : « [...] *délimitations entre les différents sous-systèmes familiaux, tels que sous-système parental, sous-système conjugal (dyade mari-femme), sous-système des enfants, sur les limites interindividuelles, sur les frontières entre famille nucléaire et famille d'origine* » (Seywert, 1990, p. 77) On insiste en particulier sur l'importance du groupe familial. (Houzel, 2003)

4) Typologie de la dynamique familiale

« *Même une feuille de papier est plus légère si on la porte à deux* » – Proverbe coréen.

« *Mieux vaut être seul que mal accompagné* » – Proverbe français.

Famille à transaction schizophrénique ; Le terme de transaction a été retenu dans le sens choisi par les Systémiciens, de préférence au terme d'interaction. En effet, la transaction se rapporte au processus interrelationnel, dans un contexte historique et relationnel, alors que le cadre interactionnel s'occupe des interactions de personne à personne (Olson, 1970), « *Transaction* » précise donc la nature globale du phénomène groupal et inclut toutes ses relations circulaires dans le cadre d'une situation donnée.

Avec le reste de ces Systémiciens, Selvini-Palazzoli (1975) a étudié le couple et les familles à transaction schizophrénique. Ils entendent une modalité particulière de communication, inséparable des modalités communicationnelles observables dans ce groupe naturel où elle apparaît (la famille à transaction schizophrénique). Les patterns de dysfonctionnement de la communication dans la schizophrénie ont été mis en évidence par Bateson (1956) insistant sur la composante essentiellement paradoxale de la communication dans la famille du schizophrène. (Decobert, 1998)

Famille chaotique ; se dit d'une famille dont la structure est marquée par l'appauvrissement des rôles et des fonctions qui sont mal définis ou changeants. Le sentiment d'appartenance au groupe familial est très faible ainsi que la conscience collective du temps. La délinquance et les troubles psychotiques et les troubles psychotiques sont ici de règle. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Famille rigide ; on peut dire d'une famille qu'elle est rigide lorsqu'elle a perdu tout ou partie de ses capacités d'adaptation face au changement, qu'il soit d'origine interne ou externe. Ou encore, selon Andolfi et son équipe : « *Un système familial devient rigide quand une accumulation de fonctions ou l'incapacité de modifier ces fonctions dans le temps présent sur les besoins de différenciation de ses membres* ». (Andolfi, Menghi, Nicolo, Saccu, 1979, p. 2) (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Famille enchevêtrée ; le modèle de la famille enchevêtrée s'oppose à celui de la famille désengagée, dans la perspective propre à Minuchin, et aux thérapies familiales structurales. Le mouvement relationnel est centripète, avec un mythe d'unité familiale qui tolère peu de différences. Les rôles sont rigides et les symptômes peuvent être similaires, à type souvent psychosomatiques, par exemple alimentaires. Les violences – éventuellement sexuelles – s'expriment à l'intérieur du groupe familial. L'un des deux parents est mis en position basse. Les frontières entre parents et enfants, simultanément, sont mal définies.

Famille désengagée ; à l'opposé de la famille enchevêtrée, la famille désengagée tend à expulser ses membres vers la vie sociale, sans les doter d'un modèle bien défini d'adaptation à celle-ci. Les rôles parentaux sont instables, malgré une rigidité apparente, et les enfants sont affectivement autonomisés malgré leur immaturité. L'agressivité et les actes antisociaux manifestent ces rejets et l'entrée précoce et conflictuelle de ces jeunes dans la vie sociale : passages à l'acte délinquants ou prostitution, maternités précoces. Un des enfants, dans le groupe familial, fixe souvent l'attention des parents et des intervenants sociaux. Il peut s'agir également de familles multi assistées, sous-organisées, ou chaotiques.

Famille dysfonctionnelles ; la fonctionnalité constitue la qualité émergente de toute vie humaine dans ses interactions avec des univers intimes, proche ou

élargi, d'une infinie complexité. Si l'on peut décrire un modèle assez général de famille saine, il existe une infinie variété de familles dysfonctionnelles, marquées par les difficultés de communication et le malheur de chacun. Les familles peuvent montrer leur excessive fusion lorsqu'elles sont enchevêtrées, ou leur laxité dans une indifférence désengagée réciproque. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Famille gravement dysfonctionnelle ; sous ce titre peut se classer un ensemble hétérogène de groupes familiaux marqués par l'intensité de la multiplicité des faits de pathologie relationnelle, non seulement chez le patient désigné, mais aussi parmi d'autres membres. Il s'agit, entre autre, des familles sous-organisées présentes dans les zones de pauvreté, et des familles où les parents. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Famille hyper-impliquée ; se dit d'une famille qui, notamment lors de l'hospitalisation du patient désigné, intervient de façon très immédiate dans le fonctionnement du système institutionnel. Ceci peut se faire par la présence fréquente d'un ou de plusieurs membres de la famille (référents familiaux), des coups de téléphone répétés et la recherche constante de ce qui est présenté comme une collaboration. L'ensemble risque d'entraîner une escalade symétrique entre la famille et les soignants, parfois jusqu'à la rupture. Le caractère très fusionnel des interactions familiales que la famille cherche à reproduire dans l'institution entre ici en conflit avec l'objectif thérapeutique. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Famille saine ; dans le domaine de la terminologie existent beaucoup d'expressions analogues : familles normales, ordinaires, non pathologiques, asymptomatiques, non cliniques, non étiquetées, fonctionnelles, suffisamment bonnes, adéquates, adaptées. (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988)

Albernhe et Albernhe (2014) ont dressé un tableau avec les éléments essentiels qui organisent les deux structures proposées : la famille nucléaire et centripète et la famille éclatée et centrifuge qui sont les deux extrémités de la typologie familiale. Il est à noter que la famille « normale » est celle qui se situe au centre de cette typologie, or plus la famille se rapproche d’une des extrémités plus elle est dysfonctionnelle.

Tableau N°1 : Tableau récapitulatif des familles enchevêtrées et des familles désengagées.

Typologie familiale	Nucléaire et centripète	Eclatée et centrifuge
Frontières	Diffuses	Trop rigides
Mécanisme prévalent	Enchevêtrement	Désengagement
Autonomie individuelle	Insuffisante	Excessive
Sentiment d’appartenance	Excessif	Insuffisant
Communications	Surabondantes	Pauvres
Tensions interpersonnelles	Importantes	Faibles (désintérêt d’autrui)
Réactions lors des crises	Violentes, monolithiques	Lentes, molles, désinvesties

(Albernhe & Albernhe, 2014, p. 98)

Ajoutons aux données citées dans le tableau que Minuchin affirme que le rôle du thérapeute familial consiste à modifier les patterns transactionnels afin de clarifier les frontières diffuses (si la famille est de type nucléaire), ou plutôt d’ouvrir les frontières très rigides entre les membres de la famille si cette dernière est de type centrifuge, comme s’« *il reconstruisait les frontières entre ses*

patients ». Ajoutons aussi que Murray Bowen conçoit la famille comme un système émotionnel dynamique dans lequel les membres s'influencent mutuellement. Déterminer le degré d'angoisse et le niveau de différenciation du soi (de chaque membre de la famille) est essentiel pour comprendre l'influence des uns sur les autres et la circulation des émotions à l'intérieur du système familial, ce qui fournit au thérapeute familial les éléments nécessaires afin d'accomplir au mieux son travail clinique (Murray, 1984). (Bouabdallah & Hamaidia, 2016)

5) Outils évaluant la dynamique familiale

Divers instruments d'évaluation ont été dérivés des modèles de fonctionnement de la famille et ont été validés tant dans la recherche que dans la pratique clinique. Ces instruments répondent à diverses méthodologies : situations d'observation dans lesquelles la famille est placée devant une « *tâche* » à résoudre, grille d'observation des comportements qui permet d'évaluer le comportement interactif de la famille soit dans les situations d'observation standardisée, soit dans le cours d'une séance « *standard* » de thérapie, entretiens semi-structurés et enfin questionnaires, ces derniers étant les plus utilisés principalement pour des raisons de commodité. (Favez, 2012)

Citons ici quelques modèles théoriques d'évaluation du fonctionnement familial :

Le modèle des compétences familiales de Beavers ; Ce modèle s'appuie sur deux concepts principaux: la compétence et le style familial. (Beaver et al., 1965)

Le modèle circomplexe d'Olson ; Il s'agit d'un des premiers modèles explicatifs de la famille à être basé sur des données empiriques. Ce modèle est conçu pour permettre de poser un « *diagnostic relationnel* » à partir de trois dimensions fondamentales du fonctionnement familial, soit la cohésion, la flexibilité et la communication. (Olsen, 2012)

Le modèle McMaster du fonctionnement familial d'Epstein ; Basé sur le concept de « *santé* », ce modèle cherche à déterminer quelles dimensions du fonctionnement familial ont un impact sur la santé ou le dysfonctionnement familial. (Epstein, 1978)

Le modèle du fonctionnement familial de Holman ; Ce modèle identifie quatre dimensions principales d'évaluation de la famille: le problème, la famille comme système, la famille et son environnement ainsi que le cycle de la vie familiale. (Holman, 1983)

Le modèle familial FIRO de Doherty et Colangelo ; qui permet de mieux comprendre les patrons relationnels au sein des familles. Il est issu de la modification de la théorie FIRO de Schutz et basé sur l'organisation et l'interaction des familles autour des besoins d'inclusion, de contrôle et d'intimité. (Doherty & Colangelo, 1984)

Le modèle du processus du fonctionnement familial de Steinhauer ; Ce modèle et le modèle McMaster du fonctionnement familial s'inspirent de la même base: le *Family Categories Schema*. Le *Family Assessment Measure* (questionnaire qui découle de ce modèle) a été construit à partir des sept concepts du modèle du processus du fonctionnement familial. (Steinhauer, Santa-Barbara, & Skinner, 1984)

Le modèle de l'adaptation familiale de McCubbin ; explique comment s'adapte la famille confrontée à un stress chronique. Selon ces auteurs, trois dimensions permettent de comprendre le fonctionnement des familles: la « *régénérativité* » (*regenerativity*), la résilience et la « *rythmicité* ». (McCubbin & McCubbin, 1989)

Aussi, des exemples de grilles d'évaluation du fonctionnement familial :

La grille d'évaluation des interactions familiales de Loader ; Cette grille d'évaluation considère la totalité du système familial et se concentre sur les interactions familiales dans l'ici et maintenant. Selon les auteurs, la grille d'évaluation requiert que les cliniciens considèrent la famille comme un tout, ne décrivent que ce qu'ils voient, minimisent les interprétations, soient brefs et précis et évitent les répétitions. (Loader, Burck, Kinston, & Bentovim, 1982)

La grille d'évaluation familiale Darlington de Wilkinson ; a été développée et utilisée dans le domaine de la santé mentale. La logique qui sous-tend la conception de cette grille réfère au fait qu'il est important de considérer autant les individus qui composent la famille que la dynamique au sein de celle-ci. (Wilkinson, 2000)

La grille d'évaluation systématique de la famille de Seywert ; met l'accent sur deux aspects du fonctionnement familial soit le contexte social et le groupe familial. (Seywert, 1990)

La grille d'évaluation familiale de Bray ; propose un cadre d'analyse intégrateur du fonctionnement des familles comprenant six dimensions: 1) la structure ou le type de famille (famille intacte, recomposée ou monoparentale) et la composition familiale (les personnes qui composent la famille), 2) la diversité familiale (l'ethnicité, l'orientation sexuelle des parents, le statut socioéconomique de la famille et la religion), 3) les patrons relationnels (les séquences d'interaction entre les membres de la famille), 4) l'expression des émotions entre les membres de la famille, 5) l'organisation familiale (les règles, les rôles, les frontières, la hiérarchie dans les prises de décision, la distribution des tâches et le soutien émotionnel entre les membres de la famille) et 6) les opérations familiales (la résolution des conflits, des problèmes et des tâches développementales auxquelles la famille est confrontée). (Bray, 2009)

L'évaluation clinique de la famille de Favez ; propose un méta-modèle théorique du fonctionnement familial: l'évaluation clinique de la famille. Selon lui, bien que le vocabulaire utilisé soit très variable d'un modèle à l'autre, le nombre de processus relationnels auxquels les différents concepts proposés réfèrent est relativement restreint. Il en relève cinq: 1) la distance émotionnelle entre les membres de la famille (suffisante pour permettre l'autonomie de chacun et pas trop restreinte ou excessive pour empêcher la réalisation de la personnalité ou risquer de distendre les liens familiaux), 2) la flexibilité (équilibre entre stabilité et changement, visant à garantir la pérennité du système familial et sa modification aux demandes de l'environnement), 3) la communication (capacité de produire des réponses adaptées et échange d'informations claires et sans ambiguïté), 4) la bienveillance émotionnelle (incluant la chaleur, l'empathie, la compréhension et l'acceptation des émotions ressenties et exprimées par chacun) et 5) l'organisation temporelle (succession des événements du quotidien et des événements marquants dans la vie d'une famille). (Favez, 2010) (Pauzé & Petitpas, 2013)

La réalisation de l'évaluation de la famille va donc nécessiter de choisir quel type d'instrument utiliser et de décider quelle source d'information solliciter. Il n'y a pas, dans ce domaine, d'instrument unique ou définitif, et le choix se fera en fonction des buts et du contexte de l'évaluation en question. (Favez, 2012)

6) Dynamique familiale et maladie mentale

Si l'équilibre du fonctionnement d'une famille *lambda* tend à être fragile et facilement perturbé, que dire de celui d'une famille dont l'un des membres serait touché par la maladie mentale. En effet, des recherches démontrent que plusieurs des manifestations du trouble mental ont pour effet de diminuer la capacité d'écoute des parents (Matterjat & Remschmidt, 2008; Warren et coll., 2003; Boily, 2009). De même, l'on observe, souvent, chez les familles aux prises avec

des problématiques de santé mentale des difficultés de communication (Kaas, Lee & Peitzman, 2003; Mason, 2006). Il y a le cas des mères dépressives aussi, qui sont plus négatives dans l'expression de leurs émotions que les mères qui ne le sont pas d'un point de vue clinique (Goodman & Brumley, 1990; Hammen, Burge & Adrian, 1991; Hammen & Stansbury, 1990). Les conflits parentaux, le contrôle parental, une plus faible cohésion familiale, la discorde familiale et l'implication de l'enfant dans les conflits sont, par ailleurs, des facteurs associés au développement, au maintien et aux rechutes de la dépression chez l'enfant (Cummings & Davies, 1994; Puig-Antich et coll., 1985; Asarnow, Goldstein, Tompson & Guthrie, 1993; Burbach & Borduin, 1986; Emslie, Walkup, Pliszka & Ernst, 1999; Goodyer, Herbert, Tamplin, Secher & Pearson, 1997; Keitner, Miller, Epstein, Bishop & Fruzzeti, 1987; Boily, 2009; Nomura, Wickramatne, Warner, Mufson & Weissman, 2002). (Laflamme, 2012)

Parmi les courants existants, certains insistent sur l'implication des membres de la famille amenés à consulter, sur leurs motivations, leurs aptitudes à se remettre en question et à changer leurs modes de fonctionnement, ceux-là, rendent certes des services aux familles présentant des ressources suffisantes pour une telle épreuve. Mais bien souvent, dans les situations schizophréniques, une telle implication directement orientée sur les représentations que la famille a d'elle-même se révèle inadéquate, dans la mesure où elle risque d'amplifier les sentiments de culpabilité et de honte, ou de déplacer les symptômes et la souffrance sur les membres de la famille présumés sains. Certains auteurs comme Bowen (1978) ont bien souligné l'existence de triangles reliant la famille à des instances sociales, correspondant à des projections de conflits à l'extérieur de la famille, lorsque celle-ci devient incapable de les gérer en son sein. De même, en décrivant les phénomènes de « *metabindings* » qui affectent les relations des membres des équipes thérapeutiques, Wynne (1978) a repéré l'intérêt d'une prise en compte des implications institutionnelles dans le

traitement des schizophrénies. Pour Andolfi (1977), la thérapie familiale devient ainsi une thérapie avec la participation active de la famille, plutôt qu'une thérapie de la famille. D'autres modélisations, distinctes de la démarche éco-systémique, se sont également développées en considérant la famille comme un partenaire thérapeutique, non responsable ni coupable des maladies qui peuvent atteindre tel ou tel de ses membres. (Miermont, 2001)

Du reste, il se trouve que l'on a souvent opposé thérapie et psychoéducation familiales. La thérapie met l'accent sur la résolution des problèmes et l'apprentissage de solutions, et exclut toute interprétation ou intervention individuelle ou familiale en raison des sous-entendus dévalorisants ou anti-parentaux dont elles procèdent. Comme nous l'avons dit plus haut, cette dernière accusation n'est pas sans fondement. Il nous semble toutefois assez vain d'opposer radicalement les deux approches, et ceci pour plusieurs raisons :

– d'une façon générale, aucune psychothérapie n'est exempte d'apprentissage, par imitation du thérapeute ou l'apprentissage de solutions générales (alternatives à l'hospitalisation, prévention des rechutes, etc.). Les approches stratégiques ou structurales ou de thérapie brève comportent aussi l'aspect « *résolution de problèmes* ». Quant à la simplification de la communication, on la retrouve sous sa forme de « *digitalisation* » de l'information, comme limitation des aspects de confusion hiérarchique ou communicationnelle dans les interventions stratégiques (Haley, 1979; Kannas, 1988 et 1990).

– A l'opposé, il nous semble que les tenants de l'approche psycho-éducative travaillent de façon plus riche que ce qu'ils présentent eux-mêmes. Une intervention « *purement* » pédagogique dans une durée aussi maintenue et pour des contextes émotionnellement aussi prenants ne peut pas ne pas susciter des mouvements transférentiels, même au sens le plus basique du terme, ni s'exonérer des aspects relationnels, paradoxaux ou confusionnants, sauf à y engloutir leur

pédagogie (conflits parentaux-conjugaux, coalitions transgénérationnelles, élargissement à l'institution des règles familiales, etc.). (Kannas, 2001)

Synthèse

Il est bien conçu que le groupe familial dans sa dynamique constitue un élément fondateur de la pratique systémique. Cette notion véhicule un rôle primordial et central à profit de l'organisme familial, notamment lorsqu'il s'agit du traitement d'un membre de la famille infectée par une maladie psychiatrique tel que la schizophrénie.

Problématique et Hypothèse

Chamans, guérisseurs et herboristes se sont chargés d'entretenir le bien-être de leur communauté. Les alchimistes, eux, sont allés jusqu'à promettre de trouver la recette de la vie éternelle. Présentement, les médecins et spécialistes leur ont succédé dans la plus grande partie du globe, la finalité reste pourtant la même : La santé. La santé occupe une place fondamentale dans la vie de tout un chacun. Elle est un complet bien-être qui naît de la symbiose du physique, du mental et du social. Ainsi, il n'y a pas de santé sans santé mentale. Selon l'OMS, la santé mentale serait un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

À l'inverse de la santé mentale, son altération, le trouble mental est défini dans le DSM-5 (2015) par l'APA comme étant : « *un syndrome caractérisé par des perturbations cliniquement significatives dans la cognition d'un individu, sa régulation émotionnelle, ou de son comportement, et qui reflètent l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques, ou développementaux sous-tendant au fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associé à une détresse ou une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement* ». (DSM-5, 2015, p.22)

Depuis l'Antiquité, les médecins s'emploient à nommer, répertorier, expliquer et prendre en charge les troubles mentaux. Mais l'espoir de classer les maladies mentales selon une typologie unique et clairement établie est vain. On disait naguère « *folie* », « *démence* », ou encore « *aliénation* ». On parle aujourd'hui de « *trouble mental* ». Autant de mots qui couvrent une réalité multiple, dans laquelle l'on a rangé toute une classe de troubles divers : de l'arriéré mental qui fait figure d'« *idiot du village* » au délirant qui se prend pour le Christ, du criminel psychopathe au dépressif, de l'irascible « *fou furieux* » à l'autiste qui vit replié sur soi, de la démence sénile aux troubles obsessionnels...etc.

Le trouble mental le plus répandu et exploré en psychiatrie est sans aucun doute la schizophrénie. La schizophrénie, pathologie complexe avec de lourdes répercussions, se caractérise par de sérieux dysfonctionnements aux niveaux cognitif et émotionnel dans lesquels on retrouve généralement des hallucinations, des délires, un discours et un comportement désorganisés et des émotions inappropriées. En fait, ce trouble peut affecter chaque aspect du fonctionnement quotidien de la personne qui en souffre. La schizophrénie met en cause des facteurs génétiques, biologiques, psychologiques et sociaux (Caron, 2006). C'est un trouble grave et généralement chronique. Elle toucherait 50 millions de personnes à travers le monde. Selon l'OMS, elle figure parmi les 10 pathologies les plus invalidantes et 1% de la population, quelles que soient les régions du globe, en serait affectée.

En Algérie, d'après le journal El Watan du 27 juin 2010, la santé mentale des Algériens laisse à désirer. Ainsi, ils seraient près de 3 millions à souffrir de schizophrénie, l'un des troubles mentaux les plus extrêmes. « *L'on estime globalement que près de 1% d'une population en est atteinte. Ce chiffre est universel, sous toutes les latitudes et dans tous les contextes* », explique le Pr. Tedjiza, chef du service psychiatrie à l'hôpital Drid Hocine et président de la Société médico-psychologique algérienne.

La prise en charge des maladies mentales a bien sûr connu plusieurs changements dans l'Histoire. Notamment l'arrivée des neuroleptiques avec Delay et Deniker dans les années 50. En effet, leurs effets anti-délirants et sédatifs ont considérablement modifié les modes de traitement des troubles mentaux, en particulier ceux de la schizophrénie, permettant ainsi le grand mouvement de désinstitutionalisation des patients psychiatriques. Avec un traitement adéquat, les personnes souffrant de troubles mentaux peuvent relativement vivre des vies productives et jouer un rôle essentiel dans leur communauté, bien que certaines de ces pathologies soient chroniques ou de longue durée. Les soins médicamenteux ne suffisent pourtant pas : « *Si nous disposons, aujourd'hui, de moyens*

(hospitalisation et médicaments efficaces) pour réduire le délire, l'agitation ou encore pour résoudre le problème de l'urgence, nous n'avons pas les dispositifs indispensables pour offrir aux sujets – inscrits dans la chronicité de la maladie – un projet à même de lui éviter une évolution vers l'handicap mental et le glissement vers la désinsertion sociale. Autrement dit, la prise en charge des malades mentaux, dans notre pays, est prise au piège dans l'ornière de la cure. L'offre d'accompagnement durant la « post-cure » est pratiquement inexistante. Rares sont les structures hospitalières qui proposent aux malades hospitalisés durant de longues périodes des activités thérapeutiques qui préparent à la réinsertion sociale. A la sortie, le malade est livré à lui-même », fait savoir le Dr. Boudarene dans le mensuel algérien de la santé en janvier 2015. Sans tenir compte des manques thérapeutiques en matière de réinsertion sociale, il est à noter que les rechutes peuvent disparaître pour plus de 80% des schizophrènes après un an de traitement par des neuroleptiques associé à une intervention familiale. Les patients qui connaissent le meilleur pronostic sont en effet ceux qui sont entourés par leur famille, son implication est donc non négligeable.

La situation des proches aidants suite à la désinstitutionalisation s'est, en effet, considérablement modifiée (Lauber & al., 2003) : ces derniers partagent, depuis lors, plus souvent le quotidien des patients. Actuellement, un grand nombre de personnes atteintes de schizophrénie vivent avec leur entourage familial (Heider & al., 2007). De surcroît, au regard de la diminution des durées d'hospitalisation et des restrictions de traitements involontaires, les proches se retrouvent impliqués dans le fait de fournir un soutien important également dans des périodes marquées par une plus grande instabilité psychique. Le rôle majeur joué par les proches dans le système d'aide à la personne atteinte de schizophrénie participe à augmenter leur fardeau (Papastavrou, Charalambous, Tsangari, & Karayiannis, 2010). Ce fardeau peut-être objectif comprenant tous les événements observables ayant un impact sur le bien-être de la famille, par exemple la perte financière ou les comportements

perturbateurs du patient, tandis que le fardeau subjectif se réfère aux réactions émotionnelles et cognitives des proches (Hoenig & Hamilton, 1966). Le soutien et l'aide ainsi fournis par les proches aux malades peut conduire à une diminution de leur qualité de vie (Papastavrou & *al.*, 2010) et à un sentiment de détresse (Mitsonis *et al.*, 2010).

Composante importante donc et indissociable de son proche schizophrène, la famille se retrouve, le plus souvent, sur la ligne de mire en qualité de cible du désordre mental du malade. La schizophrénie est une pathologie ayant de lourdes répercussions sur l'entourage, de par la charge que l'état de celui-ci impose (Traitements, soins, attention...) mais aussi, et surtout, par la manifestation de ses troubles (Paranoïa et délires de persécution...) qui sont souvent dirigés vers et sur l'entourage. La symptomatologie et les perturbations du fonctionnement psychosocial de la personne schizophrène peuvent en conséquence entraîner un fardeau très élevé pour l'entourage de personnes atteintes de cette maladie (Koukia & Madianos, 2005).

En somme, pour la famille, microsociété organisée dont l'objet est la transmission des valeurs d'appartenance et l'établissement de lien étroit avec l'environnement, avec un fonctionnement, des modes de communications particuliers et des règles propres, le malade schizophrène, dont la pathologie est mentale, est source de perturbations. Et c'est toute l'attitude de la communication, l'interaction et le comportement qui prennent une tournure pathogène ; l'ensemble est bouleversé et l'atmosphère familiale détériorée. En 1963, c'est Wynne et Singe qui en l'occurrence mettent l'accent sur le concept de « *communication déviante* » qui mesure, au cours d'interactions familiales, la capacité des interlocuteurs à échanger des informations tout en prenant en compte le point de vue de chacun. Dans les familles des patients atteints de schizophrénie, la communication déviante [CD] se présente sous forme d'une communication vague, ambiguë et illogique. Une année auparavant, Brown, Monck, Castairs et Wing émettent le concept d'«

Emotions Exprimées » qui est en faveur de mesurer la manière dont un membre de la famille s'exprime en des termes critiques ou en montrant des signes de surimplication émotionnelle à l'égard d'un autre membre souffrant d'un trouble psychiatrique, sachant qu'un haut niveau d'émotions exprimées augmente le risque de rechute chez le patient. Plus précisément, l'E.E. est une mesure du degré de critique, d'hostilité, de surimplication émotionnelle exprimée par un proche quand il parle d'un membre de sa famille souffrant d'une psychopathologie lors d'un entretien standardisé. Cette mesure est considérée comme reflétant les perturbations et le climat émotionnel présents dans tout le système familial. Dans une revue des études sur l'E.E., il est relevé que 50% des patients atteints de schizophrénie vivant dans un climat d'E.E. élevé rechutent dans l'année suivant leur dernière hospitalisation, alors que seuls 21% des patients habitant avec des proches ayant une E.E. basse rechutent (Bebbington & Kuipers, 1994). Un haut niveau de détresse est significativement associé avec l'E.E. élevée (Boye & al., 2001).

L'impact majeur de la maladie apparaît pour lors clairement sur les proches et leur vie commune avec le schizophrène mais leur implication (celle des proches) aussi. Et dans ce sens, bon nombre de recherches avec pour sujets les malades schizophrènes et leurs familles ont été menées. Parmi elles, les recherches qui incriminent la famille, cas de figure où les parents en général, et les mères plus particulièrement endossent le rôle de coupable pour l'apparition de la maladie chez leur enfant. Nous avons les travaux de Pankow qui, en 1977, constate que les parents ont besoin de leur enfant pour se sentir rassurés, pour combler leur manque d'identité. L'enfant est ainsi soumis au désir de la mère, la relation se caractérise par une double contrainte, c'est-à-dire que la mère répond à l'inverse de ce que l'enfant pourrait attendre. Bien avant encore, 1956, Bateson évoque un mode de communication intrafamilial fondé sur le paradoxe ou les « *doubles contraintes* ». Selon lui, les mères de futurs patients schizophrènes auraient tendance à donner

une double information (ou ordre) contradictoire entraînant un état de confusion chez l'enfant. Le schizophrène serait alors le résultat d'une famille déjà malade. D'ailleurs, Spiegel émet en 1957 l'hypothèse que le malade est un symptôme de la pathologie familiale et que par conséquent, sa prise en charge en dehors de la famille donne de mauvais résultats. La famille doit être traitée comme une unité bio-sociale, de façon à établir un nouvel équilibre. Haley, lui, résume l'évolution des concepts relatifs aux familles de sujets atteints de schizophrénie en ce qui suit « *une évolution semble s'effectuer dans l'étude de la schizophrénie, de cette première idée que les difficultés rencontrées dans ces familles étaient dues au schizophrène lui-même, à cette autre idée que la mère était pathogène, puis à la découverte que le père était inadéquat, jusqu'à l'accent porté aujourd'hui sur les trois membres de la famille impliqués dans un système pathologique d'interaction* ». (Haley, 1959, p. 357-374)

Dans la continuité des recherches associées aux schizophrènes et à leurs familles citées précédemment, et dans le souci de cerner le fonctionnement et l'univers relationnel spécifiques aux familles de malades atteints de schizophrénie suite à notre stage pratique au CHU- Frantz Fanon de Béjaïa, nous avons consacré notre travail de fin d'étude – à une moindre échelle et de manière beaucoup plus modeste – à l'exploration des interactions au sein des familles de patients schizophrènes en Algérie, soit à la *dynamique familiale* qui régit ces groupes.

Pour se faire, nous avons opté pour l'approche systémique ; approche qui se distingue des autres par sa façon d'appréhender les relations humaines. Dans cette démarche, l'individu n'est pas le seul élément à être analysé, de telle manière que le systématicien accorde une importance toute aussi grande aux différents systèmes dont il fait partie (familial, professionnel, social,...). En effet, l'individu est influencé à la fois par ses intentions, celles des autres, et celles des possibilités du milieu et/ou du système, autant d'éléments à ne pas écarter. La famille, dotée d'une organisation, une structure, des rôles, des règles, des buts et des finalités est perçue

comme un système relationnel. Il s'agit d'un système capable d'autorégulation, constitué d'individus ayant des échanges continuels et circulaires entre eux. La famille est *un tout* dynamique disposant d'une vie propre à elle. L'interaction entre ses membres ainsi que les diverses relations qui peuvent exister en son sein constitue ce qu'on appelle la *dynamique familiale*. Tous les membres d'une famille s'influencent mutuellement par la force des choses. Les événements, heureux ou malheureux, qu'ils vivent ensemble leur permettent de parvenir à des ententes, de créer des alliances, des complicités entre eux ; et inversement, instaurer des tensions, briser des liens et ériger des mésententes. Le systématicien, lui, tente d'identifier les règles qui définissent l'organisation familiale ; règles qui sont implicites et transparentes aux membres de la famille. Ce sont des indifférences ; c'est-à-dire des abstractions, qui permettent de rendre compte des comportements relationnels redondants observés dans une famille. Ces abstractions nous donnent une représentation de la façon dont ces comportements s'autorégulent à l'intérieur du système familial.

Par la présente recherche et dans le cadre d'une démarche systémique, nous allons tenter de décoder la structure et la cohésion des familles, leurs rôles et implication dans la vie des patients schizophrènes en Algérie. Pour répondre à nos questions et vérifier nos hypothèses, nous avons choisi d'adopter un guide d'entretien pour les familles (le sujet y compris) et de faire passer le test du *Five Minutes Speech Sample* (discours de cinq minutes) [F.M.S.S.] qui a été développé afin de spécifier la nature de l'environnement du patient en tant que membre de la famille en mettant en exergue les émotions, sentiments et attitudes exprimées par le proche à propos du malade de la famille, pendant un monologue de 05 minutes.

À partir de ce que nous avons énoncé ci-dessus, nos questions et hypothèses de recherche sont formulées de la manière suivante :

Question :

- Comment se présente la dynamique familiale des familles ayant un membre atteint de schizophrénie ?

Hypothèses :

- La dynamique familiale chez les familles ayant un membre atteint de schizophrénie est dysfonctionnelle.

Opérationnalisation des concepts clés de la recherche :

Schizophrénie : La schizophrénie est une psychose universelle, habituellement chronique, qui touche majoritairement l'adulte jeune. Elle se manifeste globalement par une discordance affective (ambivalence), une dissociation mentale d'où des modifications de la pensée, du langage et du comportement, et une activité délirante souvent accompagnée d'hallucinations. Tout ceci entraînant une perte du contact avec la réalité, un retrait social voire un repli autistique. Il en découle donc une invalidité, un handicap et, malheureusement, une stigmatisation causée par la méconnaissance de la maladie du grand public.

Dynamique familiale : La famille est un groupe dynamique dont les membres sont en liens et interagissent au quotidien. Sur le plan psychologique, on ne peut parler que de *dynamique familiale*. Une famille dite « normale » n'existe pas. En vérité, il existe une infinité de familles dont la réalité ne peut être appréhendée qu'au travers d'outils d'évaluation. Découvrir les relations peut aider à mieux comprendre une famille et son fonctionnement. Chaque famille a sa propre dynamique ; elle se manifeste à sa manière. Cette dynamique peut être affectée par

de nombreux facteurs, notamment le nombre d'enfants ou la culture de la famille. On peut parler de dynamique familiale psychopathologique des familles qui sont confrontées à toutes sortes de maladies psychiatriques.

- **Famille fonctionnelle** ou « *Famille saine* »; « *Saine* » renvoyant à santé, il s'agit donc d'une absence de maladie, et il est possible de se représenter la santé d'une famille comme un certain état d'équilibre. Une famille saine peut rencontrer des difficultés, l'état d'équilibre sera alors menacé mais au lieu de le conserver à tout prix (en faisant par exemple comme si tout allait bien), une famille fonctionnelle sera capable de surmonter ses problèmes en entrant dans une dynamique qui la mènera vers un nouvel équilibre. Il n'y a pas une seule manière d'être une famille saine, chacune trouvant ses propres solutions et son propre modèle.

L'approche systémique a permis d'assimiler la famille fonctionnelle à un système en perpétuel recherche d'équilibre : un équilibre dynamique entre stabilité/homéostasie (fermeture) et flexibilité/adaptabilité (ouverture).

- **Famille dysfonctionnelle** ; la famille devient dysfonctionnelle quand elle n'est plus capable d'assumer les changements et quand la rigueur de ses règles l'empêche de s'ajuster à son cycle et au développement de ses membres. Le dysfonctionnement familial est dû à l'incompétence de celle-ci et à l'inaccomplissement de ses fonctions basiques.

Les familles qui identifient un membre comme problématique impliquent une structure dysfonctionnelle, caractérisée en général par des limites diffuses ou rigides, par une absence d'alliance parentale, par une incohérence hiérarchique, des conflits entre les différents membres.

- **Relation** ; désigne la nature du lien qui unit deux personnes (un couple, des ami(e)s, un père et sa fille, un frère et sa sœur... etc.). Cette relation peut être « *bonne* » ou « *mauvaise* ».

- **Communication** ; est un des modes d'expression de la relation. C'est l'action de communiquer, c'est-à-dire, d'établir une relation avec autrui, de transmettre quelque chose à quelqu'un.

- **Émotions Exprimées [EE]** ; ce concept constitue l'ensemble des attitudes et réactions des proches vis-à-vis d'un schizophrène. Le niveau d'EE d'une famille peut influencer le pronostic de la maladie d'un patient souffrant de schizophrénie : Un niveau élevé d'EE augmenterait le risque de rechute et à l'inverse, un effet favorable observé lors d'une estimation du niveau d'EE faible.

PARTIE
PRATIQUE

CHAPITRE III

Méthodologie de la Recherche

« La méthodologie de la recherche englobe à la fois la structure de l'esprit et de la forme de la recherche et les techniques utilisées pour mettre en pratique cet esprit et cette forme (méthode et méthodes) ». (Gauthier, 2009, p.8)

Préambule

Tout travail de recherche nécessite de suivre une méthodologie lui assurant un bon déroulement et permettant d'aboutir à un résultat objectif et rationnel. Cette partie sert à expliquer l'enchaînement de la recherche et à présenter la méthode ainsi que les outils utilisés tout au long du processus de recherche sur le terrain. Afin de vérifier les hypothèses de notre problématique de recherche, nous avons sélectionné un certain nombre d'outils méthodologiques qu'il convient de présenter.

À travers ce chapitre, nous allons donc présenter la méthodologie adoptée. Dans un premier temps, nous présenterons la méthode utilisée. Nous nous attarderons ensuite sur le lieu et le groupe de notre recherche. Suite à cela, nous mettrons en avant les outils de recherche que nous avons employés pour cerner la dynamique familiale des malades et leurs analyses. Enfin, nous évoquerons le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête et terminerons avec la synthèse du chapitre.

1) Méthode utilisée dans la recherche

Le choix d'une méthodologie de recherche appropriée pour mener à bien le processus de recherche n'est pas une tâche facile. Etant donné la diversité importante des méthodes, le choix d'une procédure demande une réflexion, une compétence *« car la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre »* disaient Festinger et Katz (1974). (Angers, 1997, p.97) En effet, le chercheur dispose d'une panoplie de méthodes pour bien diriger sa recherche, il les compare et finit par choisir celle qui convient le mieux à ses objectifs.

Dans le cas de la recherche sur terrain en sciences humaines et sociales, le recours aux méthodes qualitatives est très fréquent, de par leurs atouts. En effet, ces sciences font beaucoup appel aux matériaux discursifs (discours) et aux approches qualitatives pour tenter de mieux comprendre les processus à l'œuvre dans la dynamique psychique, interactionnelle ou sociale. Dans ce sens, nous avons retenu la démarche qualitative dans notre recherche « *car la recherche en science humaines et sociales curieuse des expériences humaines et des interactions sociales se conduit tout naturellement de manière qualitative* ». (Paillé, 2006, p.5) De cette manière, la recherche qualitative s'efforce de mettre en valeur le monde tel qu'il est vécu par les acteurs. La méthode qualitative se caractérise par le recours à des approches et techniques d'approche directe du sens des phénomènes humains et sociaux sans le passage par la mesure et la quantification. (Paillé, 2006)

Les défenseurs de l'approche quantitative appuient le fait que leur approche est plus objective et plus rigoureuse étant donné les procédures employées pour étudier le phénomène. Les partisans de l'approche qualitative, eux, insistent sur les atouts de celle-ci ; certaines enquêtes ne peuvent être réalisées que si on opte pour l'approche qualitative. Et en effet, les données liées aux familles ne sauraient être quantifiées. Nous estimons ainsi qu'adopter une approche qualitative dans notre travail exploratoire serait la meilleure façon pour nous d'atteindre notre objectif principal de recherche qui est de connaître, comprendre et décrire la *dynamique familiale* des patients schizophrènes.

Etant dans le domaine de la psychologie clinique qui place la signification, l'implication et la totalité au centre de ses préoccupations et ne souhaite pas désubjectiver la situation, nous nous sommes penchés sur la « *méthode clinique* » qui vise donc à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Celle-ci refuse, en effet, d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique

individuelle. (Pardinielli, 1999) Cette méthode « *envisage la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». (Chahraoui & Bénony, 2003, p.11) La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « *méthode clinique* » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, ou comportements. Elle est une méthode à la fois pour la pratique et pour la recherche cliniques, quelque soit leur objet ; un sujet, un groupe, une famille, une institution. Une telle méthodologie impose des exigences et requiert une discipline importante.

La méthode clinique peut également avoir recours à l'étude d'objets complexes, comme en l'occurrence celle du système familial (couple, fratrie, grands-parentaux,...etc.). Ainsi, la recherche clinique fait apparaître des phénomènes dans leur aspect concret en tentant de mettre à l'épreuve des hypothèses et de fournir une interprétation. Ainsi, elle comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) 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 du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à 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... (Fernandez & Pardinielli, 2006)

Dans ce cadre, nous avons choisi l'étude de cas, car celle-ci va nous permettre d'observer, de comprendre, de décrire et d'analyser l'état actuel de nos sujets, en tenant compte de leur histoire de vie et de leur situation. Cette méthode ne s'arrête pas à l'analyse de sujets individuels, on peut aussi considérer un système familial comme un cas, chose qui va permettre d'estimer ou bien d'appréhender la nature du fonctionnement familial caractérisant des cellules familiales de sujets schizophrènes. De ce fait, les données concernant un sujet que l'étude de cas permet de recueillir doivent être riches, diversifiées, subjectives et étendues. Il en résulte la production d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Fernandez & Pedinielli, 2015)

Aussi, « *selon Lagache, l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation* ». (Pedinielli & Fernandez, 2005, pp.59-61)

Par ailleurs, on peut parler d'étude de cas lorsque le cas s'agit d'un groupe. « *C'est une approche méthodologique qui consiste à étudier une personne, une communauté, une organisation ou une société individuelle. L'étude de cas se penche sur une unité particulière quelconque. Elle fait plus souvent appel à des méthodes qualitatives, dont l'entrevue (entretien) semi-dirigé. Cependant, il n'est pas rare que les informations soient recueillies par différents types d'instruments, y compris par des outils quantitatifs* ». (Gauthier, 2009, pp.199-200)

2) Lieu de recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au Centre Hospitalo-Universitaire Frantz Fanon, ancien hôpital de la wilaya, construit en 1896 et se situant au centre ville de la commune de Béjaïa. Le service psychiatrique de l'établissement est actuellement sous la direction de professeur Adja. Grâce à un affichage disponible dans les couloirs du service, nous avons pu réunir quelques informations sur celui-ci.

Il est divisé en deux unités : **Le service « Homme »** ; Il se compose du dortoir de 12 lits appelé « *grande salle* » pour les malades calmes ; une salle pour les visites ; une salle pour les soins et une autre, disposant, elle, d'une salle d'attentes pour les urgences. De l'autre coté nous trouvons le bloc d'isolement avec 06 lits pour les malades agités ; le bureau du chef service ; et un autre bureau pour les urgences, doté d'une salle d'attente. **Le service « Femme »** ; Il comporte 08 lits ; une petite cour, une cuisine ; 03 chambres d'isolement ; un bureau de consultation ; et un autre pour le professeur.

Personnel de travail du service : On a pu avoir une liste du personnel travaillant au service grâce à un affichage dans les couloirs menant au bureau du Professeur : 01 Professeur ; 03 Maitres assistants ; 02 Assistants santé publique ; 01 Généraliste ; 09 Médecins résidents ; 02 Psychologues ; 08 Infirmiers pour le service homme et 06 infirmières pour le service femme ; 04 Agents d'entretien pour le service homme et 03 pour le service femme.

Les activités principales du service : Consultations d'urgence ; Hospitalisations ; Ergothérapie (réhabilitation) ; Enseignement, formation pédagogique (médecins, résidents paramédicaux et psychologues).

3) Groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès de sujets schizophrènes hospitalisés au niveau du service psychiatrique du CHU Béjaïa ainsi que leur famille. Notre groupe de recherche est composé 6 patients hospitalisés (Lucrece Borgia, Bill Gates, Charles Darwin, Sweeney Todd, Branwel Brontë, et Alfred Douglas). Pour se conformer au droit d'anonymat des patients, leurs noms ont été changés et remplacés par ceux de personnalités connus partageant certaines caractéristiques avec eux. Nous avons obtenu le consentement du sujet et de sa famille. « *Un consentement éclairé implique que le participant doit être informé des buts de la recherche, des risques qu'il encoure (les désagréments possibles)* ». (Pardinielli & Fantini, 2009, p.387)

Tableau n° 2 : Caractéristiques du groupe de recherche.

Nom	Âge	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	Famille / vivants avec	Participants (famille)
Lucrece Borgia	23	1 ^e année moyenne		Célibataire	Parents + deux frères	Parents
Bill Gates	22	Terminal [CAP]		Célibataire	Mère + 4 sœurs	Mère + sœur
Sweeney Todd	34	2 ^e année lycée	Coiffeur & commerçant	Célibataire	Parents + 2 sœurs + frère	Mère + 2 sœurs
Charles Darwin	26	3 ^e année universitaire		Célibataire	Parents + 3 frères + cousine	Parents
Branwell Brontë	31	Moyen		Célibataire	Parents + 4 sœurs	Parents + 1 sœur
Alfred Douglas	37	Terminal	Pâtissier	Célibataire	Parents + 2 sœurs + 1 frère	Frère

A partir de ce tableau, nous constatons que : les 6 patients du groupe ont tous entre 22 et 37 ans. Le niveau d'instruction et la profession sont variables : de l'école moyenne à l'université et de sans-emploi à coiffeur/commerçant ou pâtissier. Ils sont néanmoins tous célibataires et vivent tous en famille. Nous avons eu droit à la participation de certains membres de la famille de chacun. Pour le cas de la famille de Lucrece Borgia, ce fut ses parents. Pareillement pour le cas la famille de Charles Darwin. Pour Sweeney Todd, ce fut sa mère et ses deux sœurs. Pour Bill Gates, sa mère et sa jeune sœur. Pour Branwel Brontë, ses parents et une de ses sœurs. Et seulement le frère pour Alfred Douglas.

Remarque : Un génogramme pour chaque famille de patient sera présenté par la suite. L'outil lui-même sera également présenté plus bas dans ce chapitre.

Critères de sélection

Les critères sur lesquels on s'est reposé pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- Tout type de schizophrénies.
- Malade hospitalisé au service psychiatrique de Béjaïa.
- Patient ayant une famille (présence bi-générationnelle)
- Famille prête à coopérer à notre recherche.

Nous n'avons pas pris en considération : ni l'âge du sujet schizophrène, ni le sexe, ni le niveau d'instruction, ni le niveau socio-économique, ni l'état matrimonial, ni le type de famille (nucléaire, agrandie, etc.), ni la langue du sujet et de son groupe familial. Nous expliquons ce choix pour une éventuelle comparaison des résultats de la recherche selon ces caractéristiques. En effet, ces points vont représenter de potentiels facteurs de dysfonction ou de résilience des cas.

Les critères d'exclusion qu'on a pris en considération pour constituer notre groupe de recherche sont :

- Schizophrènes errants, sans famille.
- Patients agités, agressifs durant leur séjour à l'hôpital.

4) Outils de recherche

Dans ce qui suit nous allons présenter les outils que nous avons appliqués dans notre travail recherche.

4.1) L'entretien de recherche

Au sens commun, s'entretenir avec quelqu'un c'est discuter avec lui, échanger des propos sur un ou plusieurs thèmes, il peut être réalisé entre amis, avec la famille ou bien au travail. Au sens scientifique, l'entretien est une méthode d'investigation préparée et planifiée. Par cette technique l'enquêteur cherche des informations sur les opinions, les attitudes, les comportements d'un ou plusieurs individus. (Hamel, 2011)

En effet, il permet de recueillir les informations recherchées en étudiant les faits dont la parole est le vecteur principal. Il est clair que le langage est un objet privilégié de l'observation car il véhicule du sens. Il transmet aussi du *sens latent*, *inconscient* vers lequel va s'orienter beaucoup plus l'observation clinique. (Ciccone, 1998) Le clinicien se doit également d'appliquer l'observation flottante consistant en une observation directe de tout contenu verbal ou non verbal. L'observation systémique, autre exemple de modalités d'observation directe, vise elle aussi l'analyse des comportements, des interactions verbales et non verbales (les formations corporelles, les communications affectives, etc.). Elle permet l'établissement d'une typologie des interactions. L'observation systémique peut être plus proche de l'éthologie expérimentale vue précédemment, ou plus proche

du courant « *interactionniste* » ci-après. Si elle utilise un dispositif et un protocole de type expérimental [...]. L'observation systémique visera la communication manifeste, verbale et non verbale, les conduites interactives, la réalité comportementale des sujets observés. Elle cherchera, par exemple, à mettre en évidence les « *communications paradoxales* », responsables de réponses et développements de type psychotique (Bateson & al. 1971-1972 ; Selvini-Palazzoli, 1975).

Nous avons donc adopté l'entretien de recherche, souvent utilisé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique, et jugé comme l'outil le plus adéquat à notre travail et sa thématique. « *Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande* ». (Chahraoui & Bénony, 2003, pp.141-142)

Pour en revenir à notre entretien de recherche, il s'agit d'un entretien semi-directif. Dans ce type d'entretiens la parole de la personne est commandée et délimitée par des réponses à donner, parfois des consignes à respecter et, dans ce cadre contraignant pour les deux locuteurs, « l'écoute » orientée par les informations que le chercheur veut recueillir dans le but, préétabli, de sa recherche. (Douville & Jacobi, 2009) Le chercheur dispose, de ce fait, d'un guide contenant des questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce qui constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit.

Notre guide d'entretien semi-directif se compose de 30 questions. Un premier groupe de questions pour le recueil d'informations générales sur le sujet et sa famille, d'abord. Puis, deux autres axes : le premier, contenant un ensemble de

questions concernant les informations de la maladie et le second, des questions liées aux informations sur la dynamique familiale. (Voir : annexe n°1) Notons, toutefois, que la première partie sert surtout au démarrage de l'entretien et à mettre à l'aise le sujet ; les informations en question sont généralement déjà disponibles sur son dossier. Nous demandons quand même certaines précisions au sujet de la composition de la famille ; des détails nécessaires à l'élaboration du génogramme. Le 1^e axe, lui, est là pour récolter des informations sur le parcours de la maladie jusque-là, si elle date d'il y a longtemps ou non et éventuellement, connaître les motifs de rechutes. Mais surtout, il nous permet de savoir si le patient et son entourage sont conscients et/ou connaisseurs du trouble et s'ils s'impliquent dans la prise en charge. Enfin, le 2^e axe a pour objectif de s'informer sur le mode de vie de la famille, de voir s'ils ont l'habitude d'être ensemble, d'interagir de communiquer et de constater les rôles de chacun et relations entre eux.

Puisque notre recherche implique la passation d'un entretien, d'abord avec le sujet schizophrène hospitalisé, puis sa famille, nous allons aborder ici quelques particularités retrouvées lors d'entretiens avec eux.

L'entretien avec les sujets souffrants de schizophrénie ; Dans l'entretien en clinique, l'entretien de recherche répond le plus souvent à un projet planifié et un objet de recherche précis : par exemple des sujets hospitalisés pour motif, la perspective d'une amélioration de la prise en charge. Un clinicien (médecin, psychiatre, psychologue clinicien, psychanalyste) peut faire un entretien avec un patient dans une institution de soin, un lieu clinique. C'est à ce titre que des sujets peuvent être rencontrés dans un ou des entretiens qui sont semi-directifs.

Dans le champ de la psychologie clinique et psychopathologique ce qui est saisi sous le terme d'entretien clinique peut référer à des pratiques dans les services de l'hôpital général, des entretiens d'ordre divers (avec des sujets hospitalisés, leur entourage, les membres de l'équipe médicale ou paramédicale) constituent une part

non négligeable de l'activité du clinicien. (Douville & Jacobi, 2009) Dans les institutions psychiatriques, les jeunes ou les adultes en placement, ou en soins imposés, ou lors d'un internement, sont pris en charge par des équipes soignantes pluridisciplinaires. « *Leur besoins relationnels s'expriment souvent « en coulisse », alors que les entretiens individuels qui leur sont proposés paraissent pauvres et peu utiles* ». (Benoit, Malarewicz, Beaujean, Colas, & Kannas, 1988, p.151) En effet, comme ce fut le cas où on était affecté, dans le service des urgences psychiatriques on croisait beaucoup plus des patients en pleine décompensation qui partagent un contenu délirant ou ne verbalise pas du tout. Les spécialistes se concentrent alors essentiellement sur l'évaluation de l'urgence et de la conduite à tenir.

L'entretien avec personne atteinte de schizophrénie est une chose très délicate. Fédida (2007) nous dit : « *Je ne peux pas me faire la moindre idée de ce que le psychotique a vécu, mais je peux tenter d'imaginer le plus effrayant comme une preuve.* » Il nous semble qu'envisager le plus effrayant est une des mesures à prendre en présence du discours d'un sujet psychotique. Il convient d'ailleurs de distinguer : imaginer l'ampleur d'une souffrance, l'horreur d'une situation et en assurer le partage empathique avec un patient. (Douville & Jacobi, 2009)

L'entretien avec les familles ; il est rare que nous ayons à travailler avec la famille du patient lorsque celui-ci est un adulte. La plupart du temps, il est même souhaitable de ne pas connaître les personnes avec lesquelles il vit. Les informations qu'elles peuvent nous apporter risquent de conduire à une sorte de confrontation entre leur « *vérité* » et celle du patient. Il en va différemment en thérapie familiale ou c'est la famille elle-même qui est « *le patient* », ou dans les médiations familiales ou c'est en quelque sorte le conflit qui est « *le patient* ». (Poussin, 2005) Il ne faut cependant pas totalement exclure l'entretien avec la famille, car s'entretenir avec elle peut se révéler à la fois supplémentaire et indispensable à la prise en charge hospitalière. En effet, les entretiens de famille

accompagnent bien souvent l'hospitalisation psychiatrique apportant à l'intervention hospitalière sa légitimité et donnant à l'équipe de soins le droit de prodiguer un traitement suivant des normes et des idéaux négociés autant que possible. Ils permettent également le partage des informations vitales pour comprendre ce qui se passe et pour prévenir ce qu'il serait préférable qu'il ne se passe plus. Il peut également s'agir de recevoir les proches lors des visites à l'hôpital, de leur faire préciser un point, de répondre à une anxiété qu'ils amènent, de donner un conseil, de réunir des informations sur ce qui s'est passé durant une permission au sein de la famille, de coordonner la recherche d'un patient en fugue, d'insister sur des précautions à prendre pendant un congé, etc. (Barrelet, Strasser, Grossenbacher, Mancuso, 2017) Les entretiens avec la famille peuvent avoir pour visée la recherche, comme en l'occurrence, une recherche sur la dynamique familiale où la participation de la famille est demandée afin récolter des informations sur son fonctionnement, éventuellement constater ses failles et les facteurs de rechutes de leur proche.

Berger (1990) donne la définition des entretiens familiaux suivante: « *l'outil des entretiens familiaux consiste en un cadre sur-mesure, adapté au niveau de difficultés du groupe familial et permettant l'accès à la compréhension de logique éducative et à l'histoire des deux parents. (...)* ». (Berger, 2003, p.34) C'est en grande partie grâce à la construction de ce genre de cadre groupal, que l'on trouve la possibilité d'explorer la problématique du « *vivre avec* », s'informer sur tout ce qui se rapporte à des instants banals et partagés de la vie de tous les jours : on mange ensemble, on se lave dans la même salle de bain, on dort entre les mêmes murs, on respire le même air. L'observation du groupe constitue un élément indispensable aussi pour la recherche. Quel que soit le contexte institutionnel, elle concerne tout autant les participants présents, que le chercheur qui a su se faire accepter dans le but couramment d'en explorer le fonctionnement. (Bittolo & Laxenaire, 2014)

Dans notre démarche d'analyse de l'entretien de recherche, nous avons retenu l'interprétation qualitative des données recueillies en essayant de donner sens au discours du sujet et cela, en adoptant une terminologie systémique et en nous aidant des concepts relevant de la psychiatrie. « *L'analyse de contenu du verbatim d'entretiens est une étape nécessaire du traitement des données verbales en science humaines* ». (Blanchet, Bromberg, & Trognon, 2004, p.173) C'est une analyse qui procède par segmentation du texte puis re-catégorisation de ces segments en fonction de leurs caractéristiques particulières (thématiques) lesquelles sont établies en fonction des objectifs de l'analyse. L'analyse de contenu thématique consiste à ranger les éléments de discours des individus dans des catégories thématiques. Les catégories doivent être exhaustives et mutuellement exclusives. Dans cette démarche l'exhaustivité est un objectif jamais atteint mais toujours recherché. (Blanchet, Bromberg, & Trognon, 2004) L'entretien nous permettra à travers lui de cerner les indicateurs cliniques et opérationnels de la dynamique, c'est-à-dire tout ce qui concerne la communication et interactions dans le système familial ainsi que les attitudes.

4.2) Le génogramme

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

Cet instrument de travail est très utile au tout début d'une thérapie familiale : les alliances, les frontières générationnelles, les phases du cycle de vie ainsi que différents corrélats peuvent être mis en évidence sous la forme d'une carte familiale. Ces données, qu'il est possible de recueillir à l'aide d'un questionnaire

familial, peuvent alors aider le thérapeute à affiner ses interventions face au système familial tout entier ou face à certains sous-systèmes qui le composent. L'indication des relations est donnée dans l'item carte familiale. (Voir : annexe n°2) Son objectif peut être multiple : simple partage d'information entre professionnels, réflexion personnelle sur son histoire, compréhension du système familial dans le cadre d'une thérapie... Chacun est amené à adapter cet outil à son objectif, sa pratique, au public rencontré. Le dossier qui suit permet d'illustrer la richesse de cet outil à travers des expériences et des réflexions issues de différentes approches avec différents publics. (Compagnone, 2010)

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

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

4.3) The Five Minute Speech Sample [FMSS]

Le FMSS a été créé par Magana en 1986. Il consiste en un enregistrement où le proche parle des pensées et des affectes que lui inspire le patient pendant 05 minutes de manière ininterrompue. L'enregistrement est écouté puis codé en fonction des attitudes critiques et du degré de surinvestissement émotionnel. (Bout, 2015) On analyse à la fois le contenu et le ton de l'échantillon du discours.

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

Consigne

« J'aimerais vous entendre parler de vos pensées et de vos sentiments concernant (nom du membre de la famille) en vos propres termes et sans aucune interruption de ma part par des commentaires ou des questions. Lorsque je vous demanderai de commencer, j'aimerais que vous me parliez pendant 05 minutes en me disant quel genre de personne est (nom du proche) et comment vous vous entendez avec lui/elle. Une fois que vous commencez à parler, je préfère ne répondre à aucune question avant la fin des 05 minutes. Avez-vous des questions avant que l'on commence ? ».

Une fois que le sujet a commencé son discours, l'examineur ne pourra faire qu'un seul commentaire : « *S'il vous plaît, racontez-moi n'importe quoi concernant (nom du proche) pendant quelques minutes encore.* » (Magana, 1993)

Enregistrement

Seul l'examineur et le sujet devraient être présents dans la salle d'entretien. Il est important que personne d'autre ne soit présent, afin d'éviter que le sujet ne soit inhibé et qu'il ne soit distrait ou interrompu. Afin de limiter toute interruption lorsque l'entretien a lieu à domicile, il faut demander que le téléphone soit débranché pendant les 05 minutes d'enregistrement. La réduction de toute distraction ou interruption permettra d'assurer des données constantes et précises. (Magana, 1993)

Cotation des E.E.

Voici comment le corpus ainsi enregistré est coté.

L'énoncé initial se base sur la première pensée ou idée exprimée par le sujet concernant son proche. Cette déclaration est cotée indépendamment du reste du discours comme étant positive, négative ou neutre. Exemple : « *Omar est insupportable* ».

La relation est basée sur les déclarations qui décrivent la relation entre le sujet et son proche. Ces déclarations sont prises en considération lors de l'évaluation globale de « *la qualité de la relation* ». L'évaluation de la relation sera faite sur la totalité de l'enregistrement et est positive, négative ou neutre. Exemple : « *On ne s'entend pas* ».

Les critiques sont des commentaires indiquant que le sujet n'aime pas, qu'il a du ressentiment, désapprouve ou se sent contrarié, voir fâché par le comportement ou les caractéristiques de son proche. Les critiques sont évaluées à partir du contenu et/ou de l'intonation. Leur fréquence est cotée pendant toute la durée de l'enregistrement. La présence d'une seule critique engendre un profil de haut niveau d'E.E. Exemple : « *Cela me rend furieuse quand il agit ainsi* ».

Le mécontentement. Les commentaires de mécontentement – mais qui ne sont pas assez forts pour remplir les critères d'une critique (exemple : absence de ton critique) – indiquent que le sujet est gêné, irrité ou contrarié par le comportement ou les caractéristiques de son proche. Ces commentaires sont évalués à partir du contenu et leur fréquence est comptée pendant toute la durée de l'enregistrement. Exemple : « *je préférerais qu'il soit différent.* »

La surimplication émotionnelle (SIE) est signalée par des commentaires indiquant que le sujet est excessivement impliqué dans la relation avec son proche.

Il existe 05 sous-classes pour la cotation de la SIE. Le ton de la voix est également coté. (Magana, 1993)

Critères permettant de situer le niveau d'E.E.

Sur base de critères précis, la famille peut être rangée dans deux, voir trois catégories : Un niveau d'Emotion Exprimée haut, bas ou limite. Un haut niveau d'E.E. est attribué quand on relève au moins une critique, une surimplication ou une combinaison de ces paramètres. On classe le protocole à un bas niveau d'E.E. lorsqu'aucun des éléments décisifs pour un haut niveau d'E.E. n'est présent. Un discours-échantillon est coté comme étant « *limite* » lorsqu'il contient certains éléments de haute E.E. sans pour autant en remplir les critères. En final, cette catégorie est cependant considérée comme un bas niveau.

Cette manière dichotomique de classer les données a un impact évident sur la sensibilité et la spécificité de l'épreuve. (Hendrick, 2002)

Notant, en fin, que la méthode d'analyse des résultats obtenus par l'utilisation de tous ces outils est celle de l'interprétation avec l'adoption d'une approche théorique dite systémique et l'emploi de son jargon spécifique de même que celui de la psychiatrie (adéquat notre thème et lieu de la recherche).

5) Déroulement de la recherche

5.1) Pré-enquête

La pré-enquête est une phase cruciale dans la recherche. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet et lieu de recherche ainsi qu'avec l'équipe de travailleurs qui s'y trouve. « *Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisque elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus*

importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente ». (Cario, 2000, p.11)

Nous avons réalisé notre pré-enquête au service psychiatrique du CHU Frantz Fanon de Béjaïa. Nous nous y sommes présentées fin juin 2017, en tant qu'étudiantes en Psychologie Clinique avec une vague idée du thème que nous souhaitions aborder lors de notre travail de fin d'étude, à savoir : *Les familles de schizophrènes*. Nous avons d'abord été accueillies par le Dr. Leulmi, l'un des psychiatres du service, à qui nous avons été présentées au préalable par une psychologue clinicienne de titre libéral. Il nous a ensuite dirigées vers le nouveau professeur en charge du service, le Professeur Adja. Ces derniers, en plus des autres psychiatres du service, nous ont reçues pour leurs exposer notre idée de thème de recherche et en discuter. Ils ont tout de suite paru intéressés et nous ont donné leur approbation pour entamer la pré-enquête. Il nous aura fallu quatre jours pour obtenir les papiers nécessaires et nous débutâmes enfin notre stage le 6 août 2017. Profitant de la période des vacances estivale, nous nous sommes présentées sur les lieux tous les jours, un mois durant.

Le professeur du service a, pour commencer, mis à notre disposition la documentation liée à notre thématique - encore très abstraite à ce moment - qu'il avait en sa possession. Nous nous sommes alors investies dans la lecture de tous ces ouvrages de psychiatrie - qui ne manquaient pas de citer les familles de schizophrènes quelques fois - dont : Les deux éditions du célèbre manuel de psychiatrie signé Guelfi ; un texte de Desclin « *La schizophrénie. Ce que la famille et les proches des malades devraient savoir* » ; « *Les schizophrénies. Des avancées théoriques à la pratique clinique* » signé Spadone,... etc.

Nous avons alors consacré du temps à nous familiariser avec les lieux, notamment avec les deux services « *Hommes* » et « *Femmes* », les urgences psychiatriques, le personnel soignant et les patients qui y viennent. Nous avons rencontré des patients de différentes tranches d'âges et souffrant de différents troubles psychiatriques (Schizophrénies, bipolarité, dépression...). Nous avons aussi assisté aux visites médicales qui se déroulent chaque dimanche et mercredi et qui consistent à s'entretenir avec chacun des patients hospitalisés dans le service, à observer leurs évolutions et leurs réponses aux traitements afin de procéder éventuellement au prolongement des séjours ou à des sorties. Les admissions, quant à elles, se faisaient au niveau des urgences face à des cas en pleine décompensation, présentant un danger envers eux-mêmes ou leurs entourages. Nous avons également eu la possibilité d'assister aux visites des familles à leurs malades internés ; chose qui nous a permis d'être en contact direct avec les concernés et de leur parler.

Nous avons donc pu observer, lors de ce stage préliminaire, les échanges et les comportements des malades avec les médecins et avec leurs familles. Ainsi, il nous a été donné de constater une certaine variété au niveau des familles de schizophrènes : Une partie d'entre elles se montrait très impliquée, se présentait souvent et en grand nombre durant les consultations et les visites de leurs malades. D'autres, à l'inverse, étaient plus discrètes et venaient moins souvent, voire jamais. Ce pouvait être les parents qu'on voyait, parfois la fratrie, des amis ou des voisins. Nous sentions la bonne entente entre eux certaines fois, d'autres fois pas.

Les troubles du schizophrène sont souvent dirigés vers sa famille, les délires peuvent alors viser un membre en particulier ou tout le système familial et provoquer ainsi la pagaille au sein du groupe. La famille peut même, du point de vue de certains cas, représenter le persécuteur, un facteur aggravant ou déclencheur de la maladie.

Au fil des lectures et des observations sur le terrain, notre curiosité s'est vue agrandie ; nous voulions en savoir plus sur le fonctionnement de ces familles et leur dynamique. Cela nous a amené aussi à nous poser des questions et à formuler des hypothèses. Pour tenter de les vérifier nous avons commencé à chercher des outils qui pourraient nous permettre d'y répondre. Les psychiatres du service ainsi que notre encadreur ont chacun contribué à l'élaboration de notre guide d'entretien. Nous nous sommes inspirées d'une échelle *Quality of Life Scale* [QLS] qui évalue le fonctionnement et la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie pour quelques unes des questions (notamment les questions n° : 20, 21, 22, et 23). Plus tard encore, deux psychiatres systémiciennes nous ont conseillé par leurs expérience et pratique avec les familles de beaucoup plus proposer des exemples concrets d'événements qu'on passe généralement en famille pour en discuter avec eux et ainsi en ressortir le type d'interactions et relations caractéristiques de chaque milieu.

En tout, cette pré-enquête a duré un mois et nous a servi à prendre nos repères sur les lieux du stage, à nous familiariser et nous entraîner à l'application les outils retenus ainsi qu'à avoir un aperçu des patients et familles représentants en parti les futurs cas de la recherche.

5.2) Attitude du clinicien chercheur

Afin de mener à bien notre travail de recherche, une attitude adéquate et fonctionnelle nous était indispensable. « *La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche* ». (Giarni, 2009, p.33)

En effet, dans le cadre d'une recherche telle que la notre qui se veut être scientifique, nous avons été amenées à adopter une attitude de neutralité, et donc à ne pas suggérer de réponses, ni influencer nos sujets. Nous n'intervenons que pour relancer, et encourager l'autre à développer. Il nous a fallu aussi adopter une partialité multidirectionnelle: devoir être là pour les uns et pour les autres. Et ainsi ne pas prendre de parti, mais être présents pour tous les membres: faire accepter sa personne ; être prêt à s'allier avec l'un ou l'autre, sans prendre parti. Tout en faisant attention au fait que la partialité multidirectionnelle ne signifie pas prendre parti de tout. C'est plutôt un engagement pour chaque membre du système, ce qui fait que chaque membre comprenne et se sent compris. (Darwick, 2012) Il est donc important aussi pour nous chercheurs de nous allier avec la famille (patient compris) et instaurer un climat de confiance afin de s'assurer leur coopération. Selon Debraye, « *le clinicien doit accompagner les associations si elles' existent et les stimuler si c'est possible et d'essayer de revitaliser la relation si le contexte d'association est absent ou fragile* ». (Debray, 1996, p.40)

Nous étions principalement focalisées dans l'écoute du discours de chacun tout en respectant les moments de silence et l'éthique de la recherche. « *Du côté de l'écoute, le principe fondamental est la neutralité bienveillante, ce qui implique que le psychologue ne donne pas son avis ou ses propres jugements pendant l'entretien, son attitude ne doit être ni distante, du côté de la facilitation de la parole. Il doit en effet se laisser mener un temps aux rythmes de l'autre, adopte et module selon les contenus et de son discours. Une attitude systématiquement muette de l'investigateur ou cette attitude peut être nuisible qu'une activité d'intervention pour un autre* ». (Marty, 1990, p.72)

Concilier position de chercheur et position dans une relation avec des personnes en souffrance est loin d'être aisé. L'insertion dans un travail de recherche en psychopathologie clinique peut être l'occasion pour le sujet de verbaliser son expérience, plaçant alors le psychologue à la fois chercheur et

clinicien dans une position de recueil de ce qui se dit, mais avec le paradoxe de n'en pouvoir rien faire (...) mais la position de chercheur n'exclut pas d'entendre la souffrance à la condition d'en considérer la portée sur l'objet d'étude. (Pedielli & Fantini, 2009)

5.2) Enquête

« L'enquête, est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé ». (Blanchet & Gotman, 2014, p.35)

L'enquête s'est déroulée du 24 janvier 2018 jusqu'au 24 mai 2018 au CHU - Franz Fanon de Béjaïa. Nous nous y rendions jusqu'à quatre fois par semaine de 9h00 à 15h00, dans le but de récolter un maximum d'informations sur les patients schizophrènes hospitalisés, leurs familles et la dynamique spécifique à ces groupes.

Lorsque nous nous sommes retrouvées en présence des patients, certains se montraient coopératifs dès le début, d'autres restaient méfiants jusqu'au bout mais nous avons quand même constitué un groupe de recherche. Nous respectons la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche, garantissant par là le consentement éclairé des participants. Nous expliquions notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer ; tous étaient informés. Nous ne leur soumettions cependant pas nos hypothèses afin d'éviter tout biais dans leurs réponses. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes ; qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique.

Le groupe de recherche aurait dû être constitué de dix cas. Seulement, quatre d'entre eux ont dû être écartés pour plusieurs raisons ; ils ne répondaient finalement plus à nos critères d'inclusions. Deux des patients sont sortis du service

sans que nous puissions garder contact avec eux, une autre n'était pas clairement diagnostiquée schizophrène et la dernière, quant à elle, s'est désistée et a refusé de répondre à nos questions.

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par passer l'entretien semi-directif aux patients avec pour consigne : « *nous allons vous poser quelques questions vous concernant vous et votre famille pour savoir un peu comment ça se passe entre vous et comment vous vivez ensemble* ».

La durée de l'entretien varie d'un patient à un autre avec une moyenne de vingt minutes environ. Ce fut quand même moins long avec certains patients un peu moins bavards, essentiellement pour ce qui a trait à leur maladie. Les détails manquant dans leurs discours ont alors été puisé directement sur leurs dossiers médicaux.

La langue employée dans notre guide d'entretien est le français. Les sujets de notre groupe de recherche, patients et familles comprises, sont des personnes maîtrisant la langue mais qui ont le plus souvent répondu avec un mélange de français, kabyle et arabe.

L'autre outil phare de notre travail de recherche a été le discours de cinq minutes (*The Five Minutes Speech Sample*). Il nous a été proposé et recommandé par le professeur Adja, et fut soumis à certains membres des familles des patients dans le but de mesurer les Emotions Exprimées et d'en dégager ainsi les attitudes des proches envers leur malade.

Afin de bien illustrer les informations que nous avons obtenues au sujet des familles, nous avons jugé bon d'utiliser la figure du génogramme.

Le premier entretien semi-directif que nous avons passé était celui de Lucrèce, une patiente du service femme. Il s'est déroulé dans la salle des visites. Nous avons

également tenté de parler avec la maman et de fixer un rendez-vous avec toute la famille.

Le second entretien fut celui de Charles, un patient de service homme on lui a posé les questions directement en français vue que c'est un étudiant à l'université. Trois jours plus tard, ses parents se présentent et passent le test des *Five Minutes Speech Sample* [FMSS].

À la fin de chaque passation de l'entretien et du test, nous avons témoigné notre reconnaissance aux patients et familles pour nous avoir accordé de leur temps et permis de nous entretenir avec eux.

5.4) Limites et difficultés de la recherche

- Adoption des approches systémique et psychiatrique.
- Difficulté à se procurer les outils désirés pour mener la recherche.
- Durée d'hospitalisation des patients parfois trop courte pour nous permettre de maintenir le contact avec eux et leurs familles.
- Difficulté à constituer un cadre adéquat pour les entretiens avec la famille et la passation des autres outils.
- Difficultés à réunir la famille au complet pour les entretiens.

Synthèse

La méthodologie, présentée dans ce chapitre, nous a permis une bonne organisation dans la recherche et ce, à travers le respect de certaines règles et étapes du déroulement et enchaînement du travail. La recherche en question étant tout à fait faisable grâce aux outils présentés là-haut. C'est en effet, à travers ces trois outils de recherche retenus, à savoir : l'entretien de recherche, le génogramme et l'échelle des émotions [FMSS] que nous parviendrons au recueil d'informations

nécessaires concernant les indicateurs cliniques et opérationnels de la dynamique familiale et arriver à des résultats que nous pourrons par la suite analyser et interpréter dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche. Et c'est dans le chapitre suivant, le chapitre IV de ce mémoire que nous présenterons les résultats issus de cette démarche, leurs analyses et discussions.

CHAPITRE IV

Présentation, Analyse et
Discussion des Résultats

« *Qui suis-je pour interpréter ?* » (Paillé, 2006)

Préambule

Dans cette partie du travail, nous allons faire la présentation et l'analyse des résultats obtenus par l'utilisation de l'entretien, le génogramme et du *Five Minutes Speech Sample* sur notre groupe de recherche, ces outils dont la pertinence n'est plus à prouver et dont l'analyse va nous permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises à notre problématique de recherche.

Pour se faire, nous allons procéder cas par cas, c'est-à-dire en présentant et analysant les résultats de tous les outils utilisés sur un tel cas d'abord puis celles des résultats des outils d'un tel autre cas et ainsi de suite jusqu'à présenter les 6 cas de notre groupe de recherche. Notant aussi que nous avons favorisé les 3 premiers cas pour la richesse des informations récoltées sur eux. Et enfin, nous allons discuter les résultats par rapport à nos hypothèses.

I) Présentation et analyse des résultats

Cas N°1 : Famille de la patiente Lucrece Borgia

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec la patiente Lucrece, le 13 mars 2018

L'entretien avec la patiente s'est déroulé dans la matinée du 13 mars 2018 dans la salle des visites et a duré une vingtaine de minutes. Une semaine d'hospitalisation avait passée et la patiente, Lucrece, s'était stabilisée ; selon le personnel soignant, celle-ci était enfin apte à répondre à nos questions. Nous avons donc entamé l'entretien en essayant de la mettre le plus à l'aise possible

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

tout en lui expliquant brièvement nos motifs. Celle-ci était de bonne humeur, souriante et assez coopérative. Nous avons simplement dû lui traduire quelques une des questions lorsqu'elle ne comprenait pas ou les lui reformuler autrement. Sinon, globalement, nous n'avons pas eu de soucis avec la patiente et l'entretien s'est plutôt bien passé (sans agitation de la patiente).

Informations générales

La patiente est une femme âgée de 23 ans, pourvue d'un niveau d'instruction 1^e année au collège d'enseignement moyen, sans qualification ni profession. Célibataire, elle ajoute qu'elle ne veut pas d'un homme dans sa vie. Elle vit actuellement avec ses parents et ses deux frères, vivants et bien portants. Le père retraité, âgé de 73 ans, était entraîneur de football. La mère a 54 ans et travaille comme agent d'entretien dans un commissariat. Lucrèce est la deuxième de sa fratrie. L'ainé est âgé de 28 ans. Le plus jeune a 18 ans. Leur situation socio-économique est jugée moyenne.

Axe 1) : Information sur la maladie

La patiente reconnaît être malade mais ne sait pas exactement de quoi elle est atteinte ; « *j'ai un cancer du cerveau* » suppose-t-elle. Il s'agit ici de la méconnaissance par la patiente de sa maladie, or l'OMS (1999), cite « *l'éducation du patient à sa maladie* » qui travaille à la prévention des complications et rechutes de la maladie. Il n'existe, selon ses dires, aucun antécédent psychiatrique dans la famille. Mais nous savons, d'après son dossier, que sa tante maternelle a déjà été suivie en psychiatrie pour épilepsie post-traumatique, celle-ci étant une épilepsie due à une lésion provoquée par un traumatisme crânien et apparaissant après un certain temps d'incubation (...) avec, notamment, risque génétique. (Amérie & Timsit, 1997) Pour ce qui est des signes liés à sa maladie, il est surtout question d'un état de stress permanent dont elle se plaint. En consultant son dossier, nous en apprenons plus ; les premiers

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

signes sont apparus à l'âge de 15 ans, marqués par une instabilité avec tendance au retrait et à l'isolement ; elle se disputait régulièrement avec ses camarades, parlait toute seule et vérifiait souvent l'intégrité de son visage dans la glace. Tout ceci avait inquiété et motivé les parents à consulter chez des thérapeutes traditionnels et psychologues, sans résultats. Après l'aggravation de son trouble en 2014 (elle dit entendre des voix lui ordonnant de faire du mal à sa mère et son petit frère, conformément au critère A-2 du DSM-5 concernant la schizophrénie, les parents décident de consulter pour la première fois chez un psychiatre du secteur libéral. Son état se stabilise mais elle rechute en 2017, suite à un arrêt du traitement sous l'influence de son grand frère. La rechute après un premier épisode de schizophrénie correspond à la réapparition d'une symptomatologie aiguë après une phase de rémission partielle ou complète. (Thomas, 2013) Et pour réduire ces rechutes, il est fondamental d'inclure la famille dans l'éducation au traitement. (Chaplin & Kent, 1998; Faloon, 1984; Favre, Huguelet, Vogel & Gonzalez, 1997; Franck, 1997; Smith, Barzman, & Pristach, 1997; cités dans Bureau, 2001) Elle est alors amenée au service psychiatrique du CHU Frantz Fanon par sa famille : « *c'est ma mère qui m'a ramenée ici, elle veut me tuer* » (Traduction de : *nettath idiwin gherdayi, tebgha aytnegh*) où elle est hospitalisée. Elle sort mais se fait ré-hospitaliser le 13 février 2018. Actuellement, l'observance de la prise de médicaments se fait par le personnel soignant au sein du service tandis que les parents prenaient soin de s'en charger dans leur foyer. Il semblerait que ce soit la maman qui s'investisse le plus dans le traitement de sa fille. En effet, Lucrèce répond que c'est elle qui a pris l'habitude de lui donner ses médicaments : « *c'est elle, oui, des fois c'est elle des fois mon grand frère ; je les recrachais comme ça et puis elle s'énervait pour rien du tout. Elle me jette ces médicaments et me dit prends-les toute seule, et je les prenais seule (...) Je ne les prenais pas comme il le fallait* » (Traduction de : *dnettath ih, mindak dnettath mindak dgamma amekran ; tteyiregh akken oundba3d ttnarvi pour rien du tout, oundba3d aytteger dwa nni aydiyini swouthen*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

wahdem oumba3d ttetteghthen iwahdi (...) ounttettegh ara akken idiwi lhal). (Cette situation nous confirme que lorsque la famille « *jette l'éponge* » et renonce à toute aide à l'égard du patient, cela favorise la non-observance du traitement) Elle nous confie aussi que sa vie a complètement changé depuis sa maladie « *je me sens malade et je me sens pas bien, je suis stressée* » (*tthusugh imaniw qelqegh, utthoussugh ara bien, teqeliqegh*). En effet, l'anxiété est un symptôme fréquent et majeur de la schizophrénie. (Baylé et al., 2011)

Axe 2) : Informations sur la dynamique familiale

À la première question, la patiente nous répond directement qu'elle ne se sent vraiment proche que de son grand frère. Il est la personne qu'elle va voir en premier en cas de souci et celle à qui elle se confie. Elle affirme du reste de sa famille qu'il s'est ligué contre elle, voulant lui faire du mal : « *ils veulent me jeter de la maison sous ordre de ma mère. Mon petit frère me frappe et moi je ne dis rien. Maman pointe des couteaux vers moi, elle est tout le temps entrain de créer des conflits à la maison surtout au moment de la prière du maghreb* ». (Traduction de : *bghan aydtiychen. Abestou7 nni ikathiyi, nekki ttsusumegh. Nettath thettadam idjenwiyen ghuriw umbe3dik tesskarayit le3cha mara adilhek le Maghreb kan attssekrit wahid papa d wayethema teqarassen ututla3imara uhadermara didess*) Ces propos témoignent d'un délire de persécution (c'est-à-dire, la croyance que l'on peut être agressé, harcelé, etc. (DSM-5, 2015, p. 103) En effet, malgré les soins apportés à la patiente durant toute cette semaine d'hospitalisation on note tout de même une persistance du délire de persécution envers la mère et le jeune frère. Ce qui explique la nécessité du prolongement de son séjour à l'hôpital.

Elle rapporte aussi que la maisonnée échange et discute plus ou moins souvent, chose qu'elle aime et apprécie mais à laquelle elle ne prend pas part, se contentant seulement de les observer, retirée (Nous remarquons ici un détachement des relations sociales caractéristique de son trouble) Lorsque nous

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

lui demandons la raison de ce retrait, elle répond par la description des tensions qui règnent, dont celles qui suivent les plaintes qu'elle adresse à son aîné au sujet des violences que lui fait subir le cadet, qui nie les faits. La patiente ne supporte pas de voir son petit frère démentir ses dires et ajoute : « *Mon grand frère se dispute tout le temps avec le petit parce qu'il fait des choses illégales (drogue, mauvaise fréquentation)* » (Traduction de : *u gma ame9ran ittenagh wahid gma abstuh akhater ikhedem lehwayedj ndiri*).

En période de fêtes religieuses, elle nous dit que cela se déroule comme dans n'importe quel autre foyer de notre société ; les visites avec son grand frère aux membres de la grande famille, la grande famille qui vient à son tour. C'est elle qui prépare les gâteaux et témoigne : « *Mon père ne participe à rien c'est maman qui fait les courses. (...) Mon frère m'achète des vêtements des fois* » (Traduction de : *papa ugkhedem kra d mama idi9ten. (...) u gma ittaghiyd l9ech mindak*). Elle se remémore avoir jeté, une fois, les vêtements offerts par son grand frère à la suite d'une dispute avec lui lors de laquelle il aurait tenté de la raisonner au sujet de leur mère. Souvent, elle s'isole et s'enferme dans sa chambre. Elle relate beaucoup de disputes au sein du foyer (conflits qu'elle ne parvient plus à supporter).

Concrètement, c'est sa mère qui l'accompagne pour les consultations et les contrôles médicaux, c'est elle aussi qui s'occupe de son traitement médicamenteux. Pourtant, pour Lucrèce, la personne lui apportant le plus de soutien reste son frère.

Entretien avec la mère et Lucrèce, le 4 avril 2018

Nous nous entretenons ce jour, avec la patiente, de retour de sa permission, accompagnée de sa mère, toutes deux, bien habillées et de très bonne humeur. En psychiatrie, les permissions consistent en des autorisations d'absence comprises entre 12 heures et 48 heures consécutives, augmentées

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

éventuellement des délais de route. C'est surtout la mère qui verbalise, la fille quant à elle, reste assise dans son ombre, souriante tout de même et affirmant les propos de sa mère tout au long de l'entretien en hochant de la tête lorsque nous sollicitons son avis.

La mère rapporte que la permission s'est bien déroulée malgré le délire de persécution qui régnait encore envers elle durant l'hospitalisation. L'accueil à la maison fût chaleureux et un diner a même été donné pour l'occasion. La patiente aurait, par ailleurs, mis la main à la pâte en cuisine toute heureuse de revoir sa famille, son foyer. À son retour, Lucrèce s'est naturellement dirigée vers son favori pour l'embrasser mais se serait montrée hésitante envers son cadet qui avait choisi de faire le premier pas pour la saluer. Elle avoue néanmoins que son jeune frère lui a manqué aussi.

La mère dit avoir fait au mieux pour éviter toute altercation avec son époux malgré la tension qui s'est installée entre eux deux suite aux accusations délirantes de leur fille (à savoir que la mère faisait entrer des hommes chez eux en l'absence du père) dans le souci de ne point gâcher ou de perturber le retour de la patiente chez elle. Nous notons l'effort de la mère pour éviter les disputes malgré le fait que la schizophrénie de sa fille ait engendrée un sérieux quiproquo (durant l'hospitalisation de Lucrèce, ses deux parents s'étaient séparés un moment).

La mère rapporte aussi que le jeune frère qui avait pour habitude d'embêter sa sœur (jalousie quant aux vêtements qu'on lui offrait à elle plutôt qu'à lui, et pareillement avec la nourriture ou autre...) a changé de comportement avec sa sœur. Il s'est proposé, par exemple, de lui payer un vêtement de sport pendant ladite permission et commence à s'investir quelque peu dans la prise en charge de la malade (s'enquit de si elle a prit ses médicaments ou pas).

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

L'aîné ne montre pas d'intérêt particulier envers sa sœur malgré son statut de favori. À l'inverse, il profite de sa confiance pour l'avoir de son côté lors des conflits qui surviennent avec les parents (chose qui renforce le délire de persécution qu'a la patiente envers sa mère). Il s'avère même avoir déjà poussé Lucrèce à arrêter son traitement.

D'après la mère (toujours en présence de sa fille), dès qu'il y a une tension dans la famille (conflits entre les deux frères), la patiente va mal et s'enferme dans sa chambre.

Les deux femmes mentionnent aussi des visites chez la grande famille (méta système/famille élargie) et des sorties pour du shopping ou casser la croute en ville (selon le désir de Lucrèce : manger du chappattis). Elle s'est même rendue seule au *Hammam*.

La permission s'étant bien déroulée, Lucrèce obtient l'autorisation de sortir. Cependant, à peine quelques jours plus tard, elle est ré-hospitalisée en date du 8 avril 2018.

Entretiens avec les deux parents de Lucrèce, le 6 mai 2018

Les parents venus cet après-midi rendre visite à leur fille sont en avance et nous consacre donc une heure de leur temps pour nous parler de leur enfant et de leur quotidien familial. Vu les tensions apparentes existant entre eux deux, nous préférons d'abord nous entretenir avec chacun des parents séparément avant de les voir ensemble. Nous prétextons la passation du FMSS pour cela mais passons une vingtaine de minutes avec le père, et une quinzaine de minutes avec la mère (que nous connaissions déjà) pour enfin passer exactement 15 minutes avec les deux réunis. S'enclenche alors une dispute et nous avons tout juste le temps de calmer la situation et laisser le père rejoindre sa fille pour la visite tandis que la mère préfère ne pas s'y rendre sous prétexte que sa fille est toujours délirante vis-à-vis d'elle.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Chacune de nous s'entretient alors avec un des parents : Le père nous dit que sa fille est « *abîmée* » (Traduction de : *thettwagh*), puis raconte des anecdotes de quand il l'emmenait à l'hôpital et que celle-ci le lui reprochait : « *Tu m'emmènes encore là-bas, l'hôpital pour les fous ?* » (Traduction de : *ayttawit daghen dinna gh sbitarr nimahbal ?*) Ou encore : « *Ce n'est pas ma place ici* » (Traduction de : *machi damkaniw dayi*).

Refusant d'admettre la maladie de sa fille, il confie ne pas apprécier les traitements médicamenteux qu'on lui prescrit et se charge même de diminuer les doses à sa manière : « *Tu prends seulement une le matin et une le soir* ».

Il nous avoue être en conflit avec la mère qui, selon lui, exagère dans ses réactions avec les enfants (il la traite même d'« *hystérique* »). La mère, elle, se qualifie plutôt de « *maman poule* » ; elle aime ses enfants, surtout sa fille malade et souhaite plus que tout son bonheur. Elle nous fait savoir qu'elle a travaillé dur pour offrir à sa fille le nécessaire pour son trousseau et qu'elle aurait aimé la voir mariée et épanouie. Aussi, elle décrit son époux comme un père absent et négligeant ; dit qu'il n'a aucune autorité sur ses enfants et qu'il ne joue pas son rôle de père. Il n'accepte pas la maladie de Lucrece et l'accuse, elle (la mère), d'en être responsable ; le père avoue implicitement ne pas pouvoir accepter la maladie de sa fille et reproche à sa femme d'être la responsable du mal-être de sa fille.

En tout, et en plus d'avoir discuté avec Lucrece et ses parents à plusieurs reprises, nous avons fait passer une première fois l'entretien semi-directif à la patiente seule en une vingtaine de minutes. Puis, un deuxième entretien d'une demi-heure à son retour de permission accompagnée de sa mère et enfin, un dernier entretien avec le couple parental qui nous a accordé une heure.

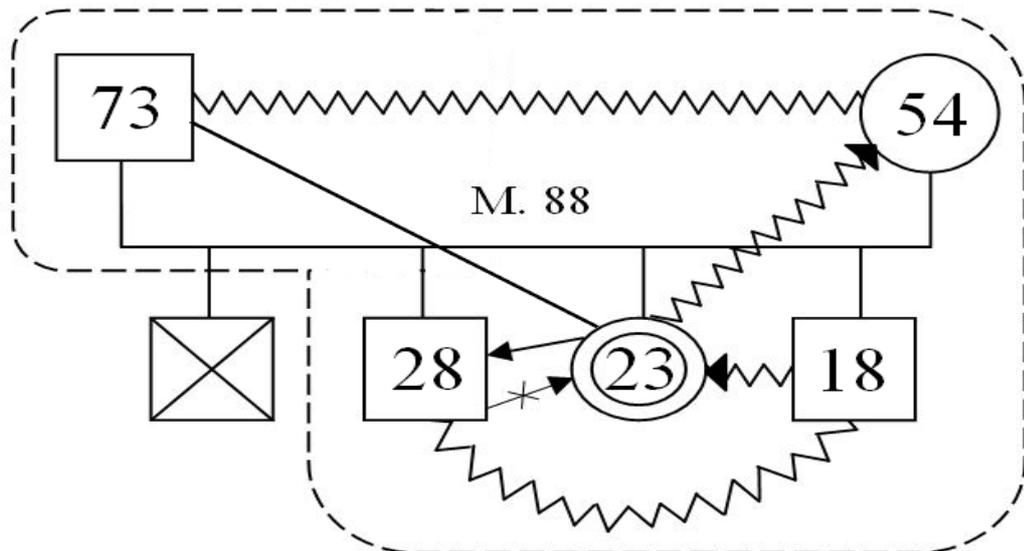
Synthèse des entretiens

D'après les données que nous avons recueillies à travers l'ensemble des entretiens que nous avons fait passer à la patiente et à sa famille, nous pouvons constater l'ignorance/la méconnaissance de Lucrèce par rapport à sa maladie. Même chose pour sa famille qui, du coup, tâtonne et s'y prend mal dans la prise en charge de leur proche, surtout lorsque que le grand frère ou le père qui sont contre le « *dopage* » médicamenteux des psychiatres suscitant ainsi une prise anarchique du traitement. Et ceci est notamment démontré par la fréquence importante de rechutes de la patiente.

La famille présente beaucoup d'autres anomalies, des tensions voire des disputes au quotidien. Une relation conjugale et parentale altérée ainsi qu'une instabilité et une dégradation de la relation fraternelle au sein de la famille. Les interactions sont pauvres, rigides et sous tension. Il y a un inversement des rôles du fait que c'est la mère qui assure la plupart des tâches et une absence d'harmonie voire d'homéostasie dans cette famille, une cohésion moindre, ce qui laisse deviner une dynamique familiale perturbée.

2) Présentation et analyse des données du génogramme

Figure N°1 : Génogramme du cas N°1, la famille Borgia.



(Pour la clé de lecture du génogramme, voir Annexe N°3)

Concernant la structure (Minuchin), la famille de Lucrece est constituée du père, de la mère et de 3 enfants (une fille et deux garçon) vivants tous ensemble. Le pattern relationnel de ce système familial laisse paraître un sous-système conjugal et parental conflictuel. Pareillement pour les membres du sous-système de la fratrie. Il y a également des traces de conflits intergénérationnel entre les deux sous-systèmes (le parentale avec celui des enfants). Ces conflits fréquents sont souvent accompagnés de violences entre les membres de la famille. Les tensions interpersonnelles sont aussi jugées importantes. Il existe aussi un mécanisme d'enchevêtrement et la communication est surabondante et destructrice voire nocive pour la patiente.

3) Présentation et analyse des données du FMSS

Passation du test au père de Lucrèce :

L'énoncé initial : « *elle est perturbée* » (déclaration négative)

La relation : « *très bien* » (positive)

Les critiques : « *elle est susceptible* »

Le mécontentement : Aucun.

La surimplication émotionnelle : « *c'est difficile !* » ; « *thettghit...* »

NIVEAU DE E.E. = Haut.

Passation du test à la mère de Lucrèce :

L'énoncé initial : « *ma relation avec ma fille est très très bien* » (déclaration positive)

La relation : « *très très bien* » (positive)

Les critiques : « *elle est influençable* »

Le mécontentement : « *elle ne veut pas faire de stage, elle me crée des problèmes, j'aurai aimé qu'elle se marie comme tout les filles et qu'elle ai des enfants* »

La surimplication émotionnelle : « *il faut que j'accepte ça... (pleurs)* »

NIVEAU DE E.E. = Haut.

Synthèse du FMSS

On retrouve dans la famille de Lucrèce un haut niveau d'EE, à compter au moins une critique négative et une surimplication émotionnelle et ce, pour chacun des parents questionnés. Ce qui répond aux critères incluant la famille

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

dans un taux élevé des EE. Pour la mère on note un investissement excessif envers sa fille. On note également un signe d'engagement émotionnel important du père envers sa fille. Selon les études antérieures, il y a une relation entre une association significative entre les niveaux élevés d'EE et le taux de rechute des patients. (Hooley, 1998)

Synthèse du cas N°1, la famille Borgia

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

Cas N° 2 : Famille du patient Bill Gates

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec le patient Bill, le 6 mai 2018

C'est durant l'après-midi du 6 mai 2018, une semaine après son hospitalisation, que nous nous entretenons, dans la salle des visites, avec le patient que nous avons surnommé *Bill Gates*. Le personnel soignant nous assure que son état est stable et qu'il est apte à répondre à nos questions. Sa mère et sa plus jeune sœur -présentes comme toujours durant la visite- venaient de nous quitter ; le contact entre elles et leur proche fut assez froid. Bill sortait de la douche et était un peu fatigué mais accepte volontiers de passer l'entretien dans une attitude décontractée. Nous lui expliquons brièvement nos motifs et l'encourageons à nous parler de sa situation. Seulement, Bill nie catégoriquement être malade et affirme ne pas être « *fou* ». Arrivés aux questions concernant la dynamique familiale, il paraît brusquement gêné, dit que ça le dérange d'en parler et demande à mettre fin à l'entretien. L'échange aura duré une dizaine de minutes.

Informations générales

Le patient est un homme âgé de 22 ans, titulaire d'un diplôme français d'études secondaires et d'enseignement professionnel, le Certificat d'Aptitude Professionnelle [CAP] ; il est sans profession actuellement mais a déjà effectué des stages professionnels en France. Célibataire, il vit avec sa famille en France, mais a passé les derniers mois seul, ici, en Algérie, dans la maison paternelle. Sa famille est composée de 6 membres dont une mère âgée de 47 ans, sans emploi mais qui reçoit une pension d'invalidité, et 4 sœurs âgées entre 18 ans et 26 ans. Bill est l'avant dernier enfant et l'unique garçon. On nous rapporte aussi que le

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

père, beaucoup plus âgé que la mère, est décédé en 2010, de mort naturelle. Nos observations quant à leur mode de vie (dépenses pour le fils notamment) nous laissent penser que la situation socio-économique de la maisonnée est bonne.

Axe 1) : Informations sur la maladie

Le patient n'a pas voulu répondre aux questions de cet axe vu qu'il ne se considère pas comme étant atteint de quoi que ce soit : « *Malade ? Je suis pas malade, moi...* » (Anosognosique). Chez toute personne souffrant d'un trouble mental majeur, telle la psychose, coexistent le plus souvent une conscience et un déni du trouble et ce dernier est associé à la méconnaissance générale dont font l'objet les maladies mentales. (Chaltiel, 2009) Il s'agit de sa 1^e hospitalisation ; il nous dit : « *ils m'ont pris et m'ont ramené ici.* » Lorsque nous demandons : « *Qui ça ?* », il nous répond : « *Les gendarmes, je crois... avec une ambulance* » ne sachant pas trop pourquoi d'ailleurs. D'après son dossier, le début des troubles semble remonter à plus de 4 mois, marqué par l'apparition progressive de troubles du comportement, retrait et isolement, insomnie et agressivité (avec bris d'objet) dirigée vers sa mère et ses sœurs qui rapportent l'avoir entendu sérieusement parler au chat de son oncle persuadé que ce dernier lui répond.

Axe 2) : Informations sur la dynamique familiale

Bill décrit sa famille en ces termes : « *bien, on est bien* ». Il nous dit qu'ils discutent entre eux mais qu'ils ne sont pas tout le temps ensemble ; « *c'est des filles et moi je suis un garçon* ». Il rapporte que les « *filles* » s'entendent bien entre elles et qu'une bonne ambiance règne chez eux.

Nous tentons d'aborder sa relation avec sa mère et lui demandons, après lui avoir fait remarquer qu'elle l'aime beaucoup et qu'elle s'inquiète, si ce n'est pas, à certains moments, trop étouffant, Bill rétorque : « *Non, pas du tout !* »

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Durant les évènements tels que les fêtes religieuses « *à l'aïd bah on mange du mouton, c'est tout...* ». Il précise seulement que c'est sa mère qui prépare tout, que ses sœurs ne sont pas du genre à aider en cuisine.

Mal à l'aise, il souhaite que nous arrêtons. ; nous demandons si cela le dérange, ce à quoi il répond : « *Ouais, un peu quand même...* »

Entretien avec la maman et la sœur, le 6 mai 2018

C'est toujours dans la journée du 6 mai, durant l'heure des visites, que nous avons la possibilité de nous entretenir avec la mère et la petite sœur du patient. Bill, après avoir fumé plusieurs cigarettes au seuil de la porte, est allé se doucher (sous la consigne de sa mère). Nous profitons donc de l'occasion pour tenir compagnie à la petite famille et échanger avec elle.

La jeune fille de 18 ans commence par nous expliquer la situation de son frère : « *Il est venu là (Algérie) pour passer son permis à la base, pas'que il avait trouvé un travail mais il fallait le permis, comme il l'avait raté en France bah il s'est dit "J'vais rester là 6 mois, ça va passer vite etc." Ben en fin de compte il lui est arrivé ce qu'il lui est arrivé maintenant* ». Sa mère ajoute qu'« *Après, petit à petit, des fois il y allait, des fois non (...) à l'auto-école (...) jusqu'à tout abandonner* ».

Bill aurait habité seul pendant la période s'étendant de Août 2017, qui coïncide avec la venue de la famille en Algérie pour célébrer le mariage d'une de ses sœurs (moment où il décide de rester dans la maison paternelle pour repasser son permis de conduite), à Mars 2018, date approximative de la venue de la mère spécialement pour son fils après avoir été alertée du comportement étrange de celui-ci.

« *Il y a la maison de son oncle (paternel) à côté* » nous dit-on, c'est à lui (son oncle) qu'on aurait confié la mission de chaperon. La maman affirme, par

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

ailleurs, qu'elle venait très souvent voir son fils et pour les grandes occasions à l'exemple du nouvel an.

Au fil des mois, Bill a commencé à se comporter bizarrement, sortait moins, passait moins de temps avec ses cousins, jetait les affaires de la maison (assiettes, ampoules...) sans raison apparente. La mère se plaint du fait que son fils ait complètement changé d'attitudes envers elle et ses filles ; il lui porte un regard « *menaçant* », nous confie-t-elle. Elle raconte aussi qu'auparavant ils s'entendaient tous très bien entre eux, mais qu'à présent, il a tendance à s'isoler et à se mettre en colère. Durant la première partie de son séjour, il aurait passé plus ou moins de temps avec ses cousins, mais aurait complètement changé et ne sortait plus au cours des derniers mois.

La sœur nous décrit la transition : « *il est calme d'ailleurs, ce n'est pas un garçon qui parle, qui rigole avec tout le monde mais des fois il rigole avec nous quand y a des trucs marrants. Là, y a plus rien, il s'énerve... J'le reconnais pas quoi ! C'est pas comme d'habitude, même avec ma mère, il... il était trop doux avec elle et tout... maintenant il est devenu agressif, même avec nous.* »

Elle ajoute : « *On avait une relation frère et sœur normale. On était pas non plus complice mais... quand il en avait besoin il me demandait, quand j'avais besoin je lui demandais aussi. Et après, petit à petit bah... Quand j'étais en France et lui là, il m'appelait, il m'envoyait des messages, etc. Et après, plus les mois passaient moins il m'appelait... Juste quand il avait besoin d'argent ou de quelque chose, il m'appelait, sinon, il m'appelait pas... J'le reconnais pas. C'est pas lui, c'est pas sa personne.* »

Et finit par nous dire : « *Après, chais pas moi... Y a que ça à dire. J'ai pas vraiment vécu avec lui quand il a eu ça* »

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Quant aux rapports qu'il entretient avec sa mère, elle nous avoue que son fils n'est pas particulièrement attaché à contrairement à la très bonne relation qu'il avait avec son défunt père. On nous rapporte que Bill était tout le temps collé à lui ; ils passaient toutes leurs vacances ensemble soit en France ou ici, en Algérie. Mais malheureusement, le père décède et laisse son fils alors âgé de 12 ans. La maman lui délègue « *maintenant t'es l'homme de la maison, tu remplaces ton père, tu dois être responsable* ». C'est ainsi que dès qu'il obtient son diplôme, Bill commence à chercher du travail et effectue des stages professionnels.

De son côté la sœur nous dit : « *justement après le décès de mon père on a toujours été soudés et on s'est toujours entre-aidé quand quelqu'un en avait besoin, on s'est toujours entre-aidé. J'ai une sœur aussi qui est mariée et c'est pareil. On s'appelle tout le temps. Entre filles on est vraiment soudées après c'est le seul garçon on essaye de pas le mettre de côté à la maison et tout. Il a sa chambre, voilà... quand il a besoin on a de très bonnes relations après on n'est pas non plus complices mais quand il y a des choses il nous le dit et nous aussi* ». La sœur rapporte qu'avec son frère, ils avaient l'habitude de s'entraider, qu'ils étaient très proches lorsqu'ils étaient plus jeunes mais « *il s'est installé un petit peu de honte. 'fin voilà quoi ! Il a grandi, j'ai grandi... On s'appelle pour se rendre service, on rigole, c'est frère et sœur quoi !* »

Encore la sœur pour décrire un peu plus la famille : « *l'atmosphère de la maison est très agréable, après y a des disputes comme ça entre sœurs mais c'est pas plus.* »

« *On mange ensemble, on sort ensemble, quand on va au restaurant, c'est en famille (...) on a de la famille en France, y a mon oncle aussi qui vit ici... quand il y a des événements on est toujours ensemble. On est pas une famille divisée* ».

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Entretien de la mère et du patient avec les psychiatres, le 13 mai 2018

Il s'agit ici d'un entretien qui a eu lieu dans la salle des consultations avec les psychiatres du service qui ont demandé à voir la mère du patient Bill pour s'informer de l'évolution de ses troubles d'après les propos de chacun en tentant une confrontation entre la mère et le fils. Nous profitons de l'occasion pour assister, observer la chose et en tirer des informations. Il s'est déroulé en deux parties ; la première avec la mère, seule (une douzaine de minutes) la deuxième avec la mère et son fils.

La mère déclare que les premiers signes de la maladie de son fils remontent au 1^{er} janvier 2018. Les psychiatres l'interroge alors quant au déroulement de la soirée qui a précédé le premier janvier de l'année, soupçonnant une ingestion de substances psychoactives ; elle ne précise rien mais certifie que Bill était avec elle et qu'il n'a, par conséquent, rien fait de « *mal* ». Depuis ce jour donc, sa famille remarque un changement et un comportement très étrange : « *Ca lui arrive de passer des semaines à pointer du doigt, comme un bébé, des objets invisibles sur les murs (...) il parle seul (...) il rit seul* » Elle relate ensuite l'épisode du *Raki* qu'elle a fait venir tout exprès : « *ça s'est très mal passé* » Depuis, les choses ont empiré entre eux ; Bill a commencé à douter de sa mère, Furieux, il serait même allé jusqu'à renverser toutes les bassines d'eau de la maison en s'imaginant que le *Raki* les avait bénites.

Elle fond en larmes : « *Je n'arrive pas à croire que mon fils il a ça* » + « *mais moi aussi je suis sous traitement ça fait deux mois que je suis pas allé chez le médecin (...) pour le diabète et j'ai de la tension aussi* » gémit-elle.

Lorsque l'on fait entrer le patient dans la salle, nous remarquons une certaine froideur vis-vis de sa mère, celle-ci tente de le saluer mais il esquive son contact (quand elle essaie de l'embrasser) et ne lui répond pas tandis qu'elle lui demande : « *t'es fatigué ?* ». Les psychiatres encouragent la mère à énoncer ce

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

qui l'a inquiété à propos de son fils pour qu'elle en vienne à l'amener à l'hôpital. Elle nous rapporte alors qu'il a passé 4 jours enfermé, sans parler à personne, sans boire ni manger « *je te ramène à manger, tu la jettes à la mosquée. Le plateau complet tu le renverses... et y a tes cousins qui sont témoins* » Bill nie : « *4 jours ? C'est impossible... même le ramadan c'est pas comme ça* » l'échange continue sur cette lancée et il ajoute : « *Si j'étais malade, elle m'aurait dit va voir un psychiatre, il me fait une piqûre et je m'endors voilà...* » Au même moment, nous entendons la mère, dire à voix basse : « *Oui, mon chéri, je te l'ai dit...* » (Traduction de : *Oui, amaaziz, nighak...*) En effet, la maman avait pris rendez-vous chez un psychiatre mais Bill n'avait pas voulu y aller et c'est par ailleurs avec une lettre dudit médecin qu'elle l'a fait hospitaliser. Comme la mère s'emballe, les psychiatres demandent à Bill s'il préfère la voir elle ou son oncle, il répond alors : « *Elle, c'est ma mère, mais je la connais...* » Ce à quoi la mère réplique : « *C'est moi qui te connais bien ! Déjà tu me regardes même pas dans les yeux, qu'est-ce que je t'ai fait ? J'ai tout fait pour toi. T'auras jamais une autre mère comme moi ! Pourquoi t'es contre moi ? Qu'est-ce que j't'ai fait ? J't'ai fait rien que ce qui y a de mieux pour toi. Pourquoi tu veux pas rentrer en France ! Tu veux rester ici ? Qu'est-ce que tu vas faire ici ? T'as ton stage là-bas... pour quelle raison ? Qu'est-ce qu'y a ? J't'ai laissé de l'argent, Bill. J't'ai dit de faire c'que tu veux pour te rendre heureux* » Le patient n'a pas l'air de se rendre compte qu'il a passé autant de temps enfermé chez lui et affirme : « *Moi j'suis pas fou hein !* » Sa mère insiste : « *Si, t'es fou, Bill ! Toi tu te sens pas fou mais moi...* »

Quand les psychiatres questionne Bill sur les événements du nouvel an pour avoir sa version, il dit ne pas s'en souvenir ; même en insistant pour savoir ce qu'il fait les soirs de 31 décembre en général (en France) : « *Je ne suis pas un fêtard* ».

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

La maman, toujours aux abois, lance : « *ça fait deux semaine que j'suis chez ton oncle, je dors pas, Bill. Je mange pas, Bill. Même ta sœur. On s'inquiète pour toi !* »

Lorsque les médecins lui recommandent de ne pas se présenter aux visites pour au moins quelques temps, elle s'insurge : « *J'arrive pas à dormir... je l'ai pas vu une journée, je suis devenue folle !* »

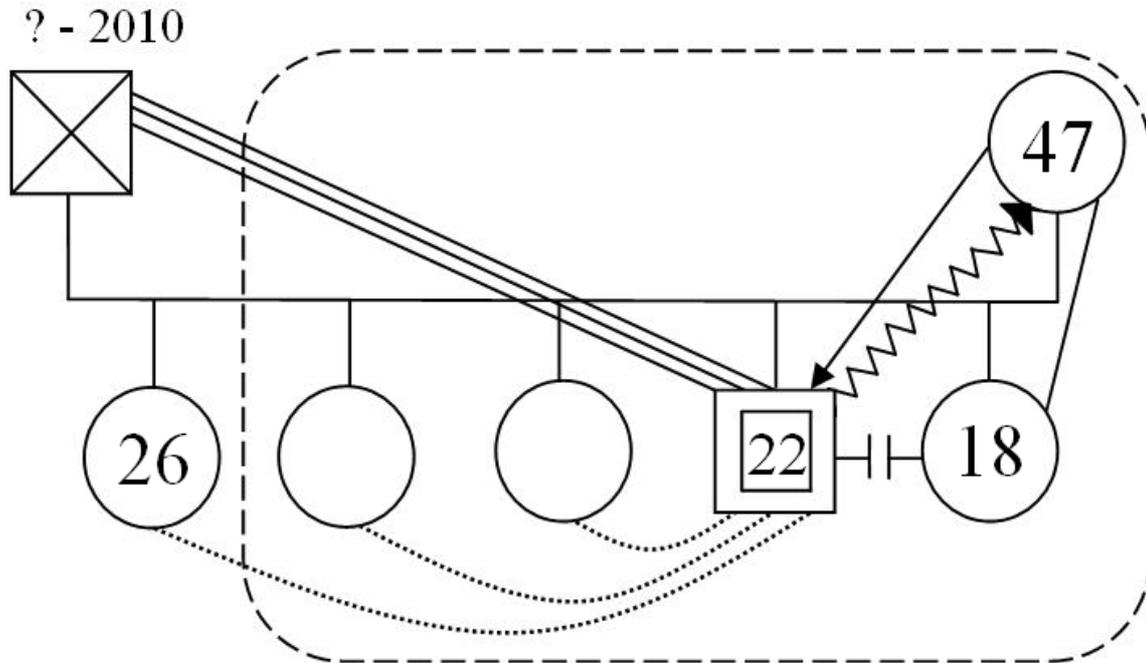
Synthèse des entretiens

D'après les données qu'on a recueillies à travers ces entretiens, on remarque en premier lieu que la maladie est récente chez ce patient, et qu'il y a une méconnaissance totale du trouble chez lui.

Le patient semble avoir subi un choc vers l'âge de 14 ans suite à la mort de son père dont il était particulièrement proche. Il se retrouve alors seul parmi les figures féminines que sont ses sœurs et sa mère. Notre patient s'est créé un coin à lui et s'isole du reste de la famille. Et la mère lui complique la situation en lui mettant la pression, disant que maintenant il est l'homme de la maison et qu'il remplace le père. La mère est une mère étouffante véhiculant des paradoxes (entre le fait de le laisser seul en Algérie, et de ne pas pouvoir se séparer de lui ou encore lorsqu'elle lui demande « *va faire ton permis* » et « *fait c'que tu veux* »).

2) Présentation et analyse des données du génogramme

Figure N°2 : Génogramme du cas N°2, la famille Gates.



(Pour la clé de lecture du génogramme, voir Annexe N°3)

La famille Gates est composée de la mère et de 5 enfants (4 filles et 1 garçon). Le père, à qui Bill était très attaché, est décédé en 2010. Les frontières sont diffuses selon les propos de la jeune sœur « *on n'est pas une famille divisée* ». Il n'empêche que depuis le début des troubles, une rupture s'est créée entre Bill et sa jeune sœur. Et avant même l'apparition de ses troubles Bill, étant le seul garçon de la maisonnée, avait évoqué lors de son entretien une certaine distance entre lui et elles due à ça.

3) Présentation et analyse des données du FMSS

Passation du test FMSS à la jeune sœur de Bill

L'énoncé initial : « *Je ressens de la peine, il était pas comme ça...* » (déclaration négative)

La relation : Positive.

Les critiques : « *il s'énerve, il est devenu agressive* »

Le mécontentement : « *je le reconnais plus* »

La surimplication émotionnelle : Aucune.

NIVEAU D'E.E = Bas.

Synthèse du FMSS

On note de la part de la sœur envers son frère une absence de critique et de surimplication émotionnelle de celle-ci, ce qui permet d'évaluer un bas niveau d'EE dans cette famille. Ce bas niveau d'EE témoigne de même d'une insatisfaction de la famille concernant le malade.

Synthèse du cas N°2, la famille Gates

D'après les résultats obtenus à partir de nos trois outils de recherche, la famille de Bill Gates semble perturbée notamment par rapport à la mauvaise stratégie de coping qui s'est faite depuis le décès du père, à savoir la responsabilisation du fils trop jeune. Il est à noter aussi une distance apparente qui sépare essentiellement Bill de sa famille. Depuis le début de son récent trouble, il y a eu diminution jusqu'à néant de la communication entre lui et les « *filles* ».

Cas N° 3 : Famille du patient Sweeney Todd

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec le patient Sweeney Todd, le 26 avril 2018

C'est après l'heure des visites, plutôt tard dans l'après-midi que nous avons retenu *Sweeney Todd* afin de nous entretenir avec lui. Le patient est jugé calme, et son état suffisamment stable pour permettre l'échange. Curieux, il nous questionne avec un certain intérêt quant à nos motivations - que nous lui expliquons. Pas très sûr de lui, il nous promet de faire de son mieux « *Je vous dirai juste ce que je sais, juste ce que je sais* » (Traduction de : *Ayen isnegh kan, ayen isnegh*) ; nous le rassurons, lui demandons s'il ne voit pas d'inconvénients à ce que les questions soient en français et entamons alors le questionnaire.

Informations générales

Le patient est un homme âgé de 34 ans ayant un niveau d'instruction 2^e année lycée. Coiffeur de formation, il a longtemps exercé dans son propre salon (une location) et fait plusieurs petits boulots, notamment celui de vendeur dans un kiosque multiservices. Todd est célibataire et vit avec sa famille. Celle-ci est composée de 8 membres dont les deux parents (le père et la mère) et 6 enfants. Il est le deuxième de sa fratrie, avec une sœur aînée handicapée. Les parents, d'environ 57 ans chacun, sont vivants et bien portant. Le père, à la retraite, a étudié en français à l'époque coloniale, la mère, au foyer, reçoit une petite pension pour sa fille handicapée. Les frères et sœurs travaillent de leur côté aussi. La situation socio-économique de la famille est donc jugée moyenne.

Axe 1) : Information sur la maladie

Le patient ne sait pas de quelle maladie il est atteint, lorsque nous lui demandons de quoi il souffre, il émet un petit rire et répond : « *Comme quelqu'un qui...* » en mimant le geste de porter un verre à sa bouche. En fait, Todd compare son état à celui d'une personne consommant beaucoup d'alcool, ou autres substances psychoactives. Au sujet des antécédents psychiatriques dans la famille, il évoque un oncle et une tante, du côté maternel, suivis en psychiatrie et ajoute qu'eux deux se portent mieux aujourd'hui. Il ne se rappelle pas distinctement des premiers signes de sa maladie, ni de quand ils datent, et suppose qu'ils coïncident avec l'époque où il travaillait dans le petit kiosque : « *Exactement, je ne sais pas... Je le jure... peut-être lorsque je travaillais dans ce petit magasin d'affaires scolaires, de bonbons... il y avait un primaire juste à côté, ils se précipitaient tous de là-bas... Mais je ne sais pas vraiment si ça remonte à là-bas, ou à ailleurs (...)* *Je ne me rappelle pas, je ne me rappelle vraiment pas...* » (Traduction de : *Exactement, ouaalimegh ara... wellah ma aalmegh... ligh khademegh g tehanout enni... les affaires n'ledjamaa, wahi d'lehlawath, illa l'primaire juste à côté... hemlen ikkel fellanegh... Nekki ouaalimeghara est-ce que dinna est-ce que ailleurs (...)* *Ouchefigh ara, wellah ma chefigh...*) Après un petit moment de réflexion, il ajoute que c'est sa mère qui, en 2013 « à peu près », a pris conscience de sa maladie et l'a emmené consulter chez un psychiatre, « *Ma mère, ma mère avait deviné* ». Le patient rapporte alors qu'il a plutôt bien pris l'annonce de sa maladie mais que son premier médecin traitant lui prescrivait de mauvais médicaments et n'était pas à la hauteur.

C'est sa première hospitalisation, avant « *c'était ma sœur qui me donnait mes médicaments mais maintenant elle est mariée et vit à Constantine. Ma petite sœur aussi prend soin de moi et elle me comprend, mais elle est fiancée* »

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

maintenant » (Traduction de : *deweltema iyditaken dowa mi tura tzwedje a qessemmina, ultiema tamezyant daghen, tfahmiyi mi t'fiancée tura*).

Axe 2) : Informations sur la dynamique familiale

« *On est proche, proche..* » nous dit-il, quand nous le questionnons sur la maisonnée. Il précise, ensuite et par sa seule initiative, que sa mère prend exclusivement soin de sa sœur handicapée et qu'elle ne lui accorde pas, à lui, beaucoup d'attention ; il ajoute, toujours au sujet de sa mère : « *elle n'aime pas qu'on lui parle et préfère qu'on la laisse tranquille...* » (Traduction de : *dacho kan ima uthibi ara asnahder, djemmiyi kan tranquille*) Nous lui demandons alors si le manque de prévenance qu'a sa mère envers lui le dérange ou le chagrine, à quoi il répond : « *Ce n'est pas question ça dérange* » et ajoute que lui-même se propose de l'aider, parfois, en donnant ses médicaments à sa sœur. Après tout : « *elle ne peut pas s'occuper de deux malades en même temps* » (Traduction de : *outezmir ara atelt'ha g'sin imotan*).

Le patient rapporte qu'ils sont souvent réunis à la maison, tous ensemble : « *à part mon frère, il part... je ne me rappelle pas très bien où, chez la famille, une tante... C'est psychique un peu... il est étourdi/désinvolte, et quand il rentre il se plaint beaucoup des douleurs de son pied* » (Traduction de : *mi guma khati, itruhu gher la famille (...) itriyii imaniss... ma adiwelli itechekhthay bezzaf g leqrih g tariss*).

Quand nous abordons les grandes occasions et les fêtes religieuses Todd nous confie : « *ça me rend heureux* » (Traduction de : *Nekki ferhegh, iaajbiyi el hal*) Il ajoute : « *Actuellement, si je pouvais sacrifier un mouton en guise de don/charité pour guérir de ma maladie, je le ferais* » (Traduction de : *tura aka loukan adafegh adzlegh kra aka fi sabil allah adiji yewen*). Nous lui proposons de nous raconter le déroulement d'une journée de fête, celle de l'aïd par exemple, il nous parle alors de la prière à la mosquée, des embrassades dans la

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

rue... « *Ca me rappelle mon grand-père, c'est un peu à cause de lui que je continue toujours à prendre mon traitement. Il avait l'air méchant mais il ne frappait pas. Il était toujours là, à nous conseiller "Faites comme ça, foncez, attention ! travaillez !"* à chaque fois que je pense à lui j'ai envie de pleurer... » (Traduction de : *smekthaygh djeddi, athirhem rebbi, tekhemimegh toujours felass, winna toujours à cause yness mazal tettegh dowa, ittebin iw'aar mi ourikathara inhayegh kan. Beghigh ad'trugh à chaque fois tkhemimegh felass...*)

Quand nous cherchons à savoir qui de ses proches s'investit le plus dans sa prise en charge, il assimile mal la question et répond de façon à éclaircir l'aspect financier de la chose, à savoir qu'il travaillait auparavant et qu'il s'occupait lui-même de ses frais médicaux. Nous clarifions donc la question numéro 26 de notre guide à laquelle il finit par répondre qu'il est autonome dans son traitement (achat et prise des médicaments) et qu'il se présente seul à ses rendez-vous chez son médecin traitant. « *ce n'est pas normal, hein ?* » nous dit-il, avec une pointe d'ironie. Il avoue, d'ailleurs, qu'il aimerait bien être accompagné, mais n'ose pas le demander. Il relate ensuite certaines anecdotes liées à ses premiers délires (Sa moto qui le pousse en arrière, les persécutions des gens du quartier). Todd en parle comme des moments de grande solitude où il n'ose, encore une fois, pas importuner ses proches et traverse seul les difficultés. Il pense que les signes d'agressivité sont apparus un peu plus tard ; il ne se les explique pas.

A nos interrogations quant à la personne vers qui il se dirige lorsqu'un problème se présente à lui, qu'il a un souci, il songe d'abord « *Psychologue ?* » puis répond vaguement : « *Ma petite sœur, ma mère...* » (Traduction de : *ouletma tamezyant, ima*) et ajoute : « *Bof, ce n'est pas utile, ça ne suffit pas...* » Elles ne lui accordent pas vraiment d'attention : « *chacun s'occupe de lui-même, le temps passe vite* » (Traduction de : *koul yewen illetha delaameriss, lweqth itt'aaday rapide*).

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

L'évènement vécu en famille le plus récent et l'ayant marqué : « *L'été passé il y a eu les fiançailles de ma sœur. C'était un événement heureux. J'étais heureux et content pour elle* » (Traduction de : *cif enni iaadan taada lekhtoubiya n'weltma. Delhadja l'aalit, ferheghass*) Il nous rapporte ce soit disant bonheur mais paraît vraiment triste à ce sujet et ça se comprend vu sa proximité avec elle.

Entretiens avec la mère et deux sœurs de Sweeney Todd, le 2 mai 2018

La mère, très affectée par l'état de son fils qu'elle ne reconnaît plus souhaite sincèrement le voir réintégrer la maison familial ; toutefois, elle se rend bien compte de l'instabilité de Todd : « *Il est ici, hospitalisé, et je ne me sens pas bien, je ne dors pas bien... Ce n'est pas la même chose, entre l'hôpital et la maison de son père...* » (Traduction de : *Ouganegh ara bien... machi kif kif sbitar, d'axxam babass mi...*) Elle nous confie que le comportement de Todd, son attitude et toute sa personne ont changé depuis sa maladie. C'était un fils prévenant, attentionné, toujours prêt à satisfaire ses parents : « *Dans le passé, c'était quelqu'un de tendre* » (Traduction de : *Zik enni dahnin*) Colérique et agressif désormais, il menace et effraie toute la maisonnée, son petit frère se retrouve même obligé de crêcher le plus souvent chez des oncles ou des tantes pour éviter de se frotter à lui : « *Je vais t'arracher la tête* » (Traduction de : *akkeksegh aqerouyik*) lui lance-t-il, le plus sérieusement du monde. Elle nous révèle que Todd ne communique pratiquement plus du tout avec sa famille, surtout avec son père. Il aurait même abandonné son travail de coiffeur par dégoût et prétextant des douleurs dans les mains « *S'il avait vraiment mal aux mains, il ne frapperait pas, il ne frapperait pas ; lui non...* » (Traduction de : *Loukan qerhenth ifasniss, loukan ourikathara, ourikathara. Netta khati...*), se plaint-elle.

Elle nous livre, terrifiée, ses inquiétudes quant à la future sortie du patient : « *Ils ne doivent pas le sortir juste comme ça, alors qu'il n'est pas guéri, juste pour faire de la place aux autres* ». La plus jeune des deux sœurs appuie : « *Tel*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

que je le vois, je sais. Je sais que ça ne va pas... J'espère qu'il va guérir, je prie dieu pour ça mais je viens le voir ici et comme je le vois, ça ne va pas. » (Traduction de : *Akken izareghth aalmegh mazal chuiya, ça va pas 'nshallah addiji mais taseght zareghth dayi et akken izaregh mazal, ça va pas.*)

La mère souhaite revoir son fils avec son caractère d'antan, avec la douceur qu'il avait auparavant et qu'il se remette à travailler aussi : *« Il refuse de travailler, il tourne en rond à la maison et cherche les problèmes »* (Traduction de : *Ourikhedmara, itgama adhikhdhem, idewir kan akham itthouf el machakil*) Elle nous confie aussi que gérer cette situation est très difficile et qu'elle a déjà, en tant que mère, de lourdes responsabilités : *« si au moins j'avais encore la santé ! Et je dois encore marier mes filles, Il n'y a que moi qui travaille pour ça »*. Nous abordons également le sujet des médicaments : *« Je lui propose de lui donner ses médicaments »* (Traduction de : *assinigh akdefkegh dow a ynek*) Seulement, Todd lui rétorque : *« c'est toi qui refuse de me donner mes médicaments »* (Traduction de : *d'kemmi igouman aytefket dow a ynew*) Toujours apeurée, elle jure : *« Avant le repas, je lui suggère “prends tes médicaments, Sweeney”, parce que c'est lui qui les garde... Si je devais les prendre par moi-même, il en ferait toute une histoire »* (Traduction de : *Wellah maaqbal el fatour “assinigh ssou dow a, a Sweeney” netta aghouress ittijmouaay laboud, loukan astedmegh aydikhdhem hala*) (C'est au demeurant la prise anarchique de son traitement jusqu'à son arrêt dont les répercussions sont désastreuses conduisent sa famille à user de la force pour le conduire à l'hôpital)

Du reste, les paroles des deux jeunes sœurs du patients font écho à celles de la mère ; c'est un sentiment de profonde peur qui enveloppe les membres du foyer de Todd : *« J'ai vraiment peur de lui, dès que je le vois, j'ai peur. »* (Traduction de : *s'iigh el khouf mlih didhess, athezreggh kan ad khelegh*) Le malade aurait, en effet, tendance à porter des armes blanches sur lui. Par ailleurs,

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

tous s'enferment à clé dans leurs chambres à la nuit tombée : « *Quand il est dehors, il est bien, dès qu'il rentre à la maison, avec nous, il n'est pas bien* » (Traduction de : *Ma ad yili g'berra bien, ma adikchem axxam dhidhnegh machi bien*) La sœur précise que « *Surtout, surtout avec papa, il a vraiment un problème avec papa* » (Traduction de : *Surtout, surtout wahid baba, i'saa un problème mlih wahid baba*)

« *Il s'isole, il aime rester seul, il évite les gens, il est pensif ; on ne sait absolument pas à quoi il songe, et il refuse de parler... Nous, on aimerait bien savoir ce qui le préoccupe, à quoi il pense, mais jamais il n'en parle (...) Il aime bien déplacer les objets, c'est l'une de ses principales occupations* »

Les trois femmes, très émues, parfois au bord des larmes, se répètent beaucoup, et formulent à plusieurs reprises leurs souhaits de voir Todd guéri : « *On souhaite qu'il guérisse maintenant, qu'il quitte l'hôpital bien... On ne se sentira que mieux, nous aussi, la peur disparaîtra... Il s'entendra à nouveau avec papa, avec maman aussi (...) que le Sweeney d'avant revienne* » (Traduction de : *N'temenni addiji toura, adifegh bien... Même nekni anhouss bien, aghtekess el khelaa 'nshallah, admisfham surtout wahid baba, même ima... addiqel Sweeney enni n'zik*)

« *Je veux vivre avec lui à l'aise, qu'il puisse à nouveau aimer sa famille, aimer ses sœurs, qu'il plaisante et discute avec son père, comme avant... Ce qui est passé est passé* » (Traduction de : *loukan a rebbi an'iich bien dhidehss à l'aise, loukan a rebbi adihmel isetmass, adihmel babass, adiqesser d'babass, adihedher d'babass... ayen i aada, i aada*)

Synthèse des entretiens

- Méconnaissance du trouble.
- Peur qui règne envers le patient.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

néanmoins des alliances dans la famille notamment celle entre lui et deux de ses sœurs. Mais déjà l'une d'elle s'est mariée quittant ainsi le foyer familial, et l'autre s'apprête à faire de même.

3) Présentation et analyse des données du FMSS

Passation du FMSS à la mère de Sweeney Todd

L'énoncé initial : « *J'ai peur de lui* » (Ougadeghth) (déclaration négative)

La relation : Négative.

Les critiques : « *Il s'est retourné contre nous, il a complètement changé* » (ineqlab fellangh, inbbedel ak)

Le mécontentement : « *J'ai envie qu'il redevienne comme avant* » (beghigh addiqel am zik'nni)

La surimplication émotionnelle : « *C'est moi qui travaille pour eux tous, s'il* » (d'nekki kan igkhedemen felassen, toura loukan aysekhelaa azouh kan akka, adegheligh) (pleure)

NIVEAU DE E.E = Haut.

Passation du FMSS à la sœur (27 ans) de Sweeney Todd

L'énoncé initial : « *C'est mon frère, je l'aime* » (d'gma tthibikhth)

La relation : Positive.

Les critiques : « *il a changé complètement* » (in'beddal complètement)

Le mécontentement : « *à chaque fois il cherche une raison/un prétexte pour se bagarrer* » (à chaque fois ithufed sebba akken adinagh)

La surimplication émotionnelle : Aucune.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

NIVEAU DE E.E = Haut.

Passation du FMSS à la sœur (22 ans) de Sweeney Todd

L'énoncé initial : « *On s'entend bien* » (Netmissfham)

La relation : Positive.

Les critiques : « *il a changé, il stresse, il aime rester seul* » (in'bbedal, ittqelliq, it'hibbi adiqqim imanis)

Le mécontentement : « *il faut se comporter comme il le veut, ou alors il se met en colère et* » (illaq astudut akken kan ibegha)

La surimplication émotionnelle : « *On aurait jamais pu penser qu'il en arriverait là* » (La vérité kan, ounenwara ikkel adyawet a daradja ayi) (émotion)

NIVEAU DE E.E = Haut.

Synthèse du FMSS

On note au moins une surimplication émotionnelle ou une critique chez chacune des ces femmes envers le patient. Ce qui nous suffit pour évaluer un haut niveau d'EE dans cette famille. Ce niveau élevé d'EE témoigne d'une implication émotionnelle excessive de la famille concernant le malade. C'est sa 1^e hospitalisation depuis 2013 et c'est la première fois qu'il se montre hostile voire agressif envers eux, ce qui les affectent beaucoup.

Synthèse du cas N°3, la famille Todd

D'après les résultats obtenus par l'utilisation de chacun des outils retenus pour la recherche, la famille Todd présente une dynamique familiale perturbée caractérisée par une incapacité ou refus du réseau familial de répondre au besoin

d'attention du patient et une difficulté des membres à communiquer avec le malade dû à la peur qui leur inspire.

Cas N° 4 : Famille du patient Charles Darwin

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec le patient Charles Darwin, le 26 avril 2018

L'entretien s'est déroulé le 26 avril 2018, dans la salle des visites, il a duré une vingtaine de minutes. Charles s'est montré très coopératif.

Informations générales

Le patient est un homme âgé de 26 ans, de niveau d'instruction 3^e année universitaire (spécialité : *biologie végétale*). Célibataire et sans emploi, il vit actuellement avec sa famille. Celle-ci est composée de sept membres, dont les deux parents, une sœur, trois frères et une cousine qui vit sous leur toit. Tous vivants et bien portants. Le père est âgé de 63 ans. Il occupait un poste de directeur mais est à présent en retraite. La mère, au foyer, a 54 ans. Charles est le troisième de sa fratrie avec un frère aîné, une grande sœur et un petit frère. Leur situation socio-économique est jugée moyenne.

Axe 1) : Information sur la maladie

Le patient décrit sa maladie comme un état de stress mais ne donne pas le nom de schizophrénie ; « *je ne sais pas exactement de quoi il s'agit* » et nous dit avoir consulté plusieurs médecins avant d'atterrir en psychiatrie, notamment un cardiologue, un neurologue et d'autres spécialistes dans le domaine de la santé. Il a d'ailleurs suivi un traitement médicamenteux chez chacun d'eux.

Pour les antécédents psychiatriques familiaux, il nous répond que la mère a déjà consulté un psychiatre mais n'en est pas vraiment sûr. Pour les premiers

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

signes, il nous parle surtout de ses tremblements de tête qui remontent au 28-29 mai 2011, « *Tu te lèves comme ça un matin... Tu as la tête qui tourne/tremble et tu te dis : comment affronter le regard des gens ? Ils vont se moquer de moi et tout...* » (Traduction de : *t'noudh sebbah haka telqa rassek yerdjef, tqoul kifach neqabbel ness ? Ydahkou aaaliyya, kamel...*) D'après lui, c'était le seul signe « *à part ça, j'ai des douleurs comme pour tous les êtres humains* ».

C'est sa deuxième hospitalisation, survenue suite à l'arrêt de son traitement après une prise régulière de 6 mois. Alors que son psychiatre lui avait bien expliqué qu'il devait continuer à le prendre pendant encore un moment, il arrête quand même au bout de 6 mois. Il nous explique : « *J'ai arrêté parce que je ressentais un manque en moi... comme une personne qui a perdu sa jambe, elle continuera à vivre et à rire mais elle ressentira toujours un manque* » (Traduction de : *hebesste parce kent nhess rouhi naqess kima wahed rahett'lou redjelou ykemel yaaich yedehek mi yhess toujours belli naqess*) il considère le fait d'être suivi en psychiatrie comme un handicap, comme si une partie de lui manquait. Charles prenait ses médicaments seul. Et ce serait son père la personne l'aidant le plus dans la prise en charge ; le papa l'accompagne chez le médecin et lui achète ses médicaments.

Par rapport aux changements qu'il a vécu depuis le début de sa maladie jusqu'à maintenant, il nous raconte : « *J'ai passé des années très difficile, à un moment j'étais affaibli, je ne pouvais même plus me lever de mon lit, et quand tu vois les gens qui courent qui continuent leurs études, obtiennent leur licence,... et toi tu ne peux même pas te lever de ton lit. Je ne pouvais pas prendre le contrôle de mon corps, ça m'énervait vraiment mais petit à petit avec les médicaments je me suis senti mieux et ça m'a redonné espoir, espoir de pouvoir redevenir la personne que j'étais il y a 7 ans, mais ça n'allait pas toujours... des fois quand je pars jusqu'à la gare routière pour aller étudier mais je fais demi-tour. En ce moment, je me sens mieux. El hamdoulillah* ». (Traduction de : *fatou*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

aaliya des années s'aab vraiment kount affaibli maneqderch nodh hetta men lefrach, ki tchouf nass kamel rah tedjri, kamel teqra teddir des licence, wenta rak qaaoud felfrach , maneqderch... cheghel je ne pouvais prendre le contrôle de mon corps, ça m'a vraiment énervé, ombaa beddit bechwiya chwiya maa dowa hadi beddit nehess rouhi.. we qelt balak neweli kima kount qbel 7 senin , ombaa beddit neruh hetta la gare routière umbaa nerdjaa, mankemelch... maneqderch nkemel neqrra, je fais demi-tour... En ce moment, je me sens mieux. El hamdoulilah)

Axe 2) : Information sur la dynamique familiale

Le patient nous dit qu'ils sont une famille unie « *ma sha'Allah* ». Quoique « *dans le temps présent, la société a changé et chacun a tendance à s'isoler, surtout avec l'avènement technologique* » (Traduction de : *lweqth li rana fih la société tebdlet, nass kamel tizoli roh ha surtout maa la technologie*) nous dit-il. Il raconte : « *quand je rentre de l'université je trouve chacun dans son coin. Ma mère met un casque pour écouter de la musique, elle ne sait même pas si j'existe ou non. Elle me dit débrouille-toi pour faire à manger. Bien sûr ça reste ma mère, je l'aime et je l'adore, j'aime aussi mes frères et sœur même tous les gens d'ailleurs. Je ne suis pas rancunier envers les autres* » (Traduction de : *ki nedji men l'université nelqa koul wahoud fel coin ta3o yema darut le casque tesme3 fel la musique,me3lblahch biya,te9li debr rassek bach takel ,biensur t93ed yemma nehobha w n3zaha même khoutati w nass kamul m3endich leh9ed le nass*) et ajoute : « *Ah non.. on ne mange pas ensemble... Et puis on n'est pas tout le temps ensemble parce que mon frère travaille au CFPA et ma sœur dans un truc pour autiste, depuis une semaine à peu près* ».

Quand nous lui demandons de quel membre il se sent le plus proche, il dit, comme pour lui-même : « *Vraiment, vraiment proche ? euh...* » (Traduction de : *melih, melih.. bezzaf.. euh...*) et finit par répondre : « *Je ne sais vraiment pas.. Je*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

les aime tous. Même les membres de la grande famille, mes tantes, mes oncles... » (Traduction de : *Wella ma aalabali... n'habhoum kamel...*)

Il nous dit aussi : « *Je m'entends avec tout le monde, quand j'ai un problème soit je me défoule sur mon ordinateur, ou je fais un footing, j'aime bien la nature aussi, j'aime voir la nature.* » (Traduction de : *kamoul netfahem meaahom we ki ykoun aandi mouchkil je me défoule sur l'ordinateur neta3i, negh nendir footing nehob la nature*) Nous tentons alors de l'amener à nous répondre d'un point de vue relationnel, pour tenter d'apprendre s'il lui arrive de se confier à quelqu'un : « *Je n'aime pas parler de mes problèmes avec les autres* » (Traduction de : *bessah manhebech nahder aala les problèmes taai lenass*) Nous précisons « *Pas les autres, les gens, ta famille ? Peut-être des amis intimes ?* » il répond : « *Chacun ses secrets. On ne peut pas les dire à n'importe qui* » *koul wahed les secrets netaa'ou, mayeqderch iqoulhoum l'n'importe qui*)

Il prend ses médicaments seul mais précise qu'en général il y a quelqu'un à ses côtés. Il ajoute, avec une touche d'humour : « *j'ai déjà vu dans Dr House des gens qui faisaient semblant et n'avaient pas les médicaments* ».

Durant les fêtes, l'*aïd el kbir* en l'occurrence «*Je vais à la mosquée pour la prière... j'aide mon père et mon grand frère à égorger le mouton...*» Il nous fait remarquer qu'il s'est rappelé automatiquement de cet *aïd-là*, et pas de l'autre, parce que c'est son préféré : « *Vous devinez sûrement pourquoi (rire)* »

Dans la lignée des événements malheureux ce serait le décès de son grand-père qui l'aurait le plus marqué ; « *c'est quelque chose qui m'a vraiment fait pleurer* » (Traduction de : *hadi lehadja li khelatni nebki bezzaf*) Il ne sait cependant pas quoi dire concernant les événements heureux et déclare : « *On attend encore (rire) Non mais vraiment, quand je fais du sport je suis heureux, j'aime aussi le calme surtout quand je rentre de l'université* » (Traduction de : *Nestenaw encore (rire) Non mais wellah, ki ndir sport n'hess*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

rouhi melih w ferhan, n'heb tani le calme surtout ki nedji men la fac) Lorsque nous insistons pour qu'il nous parle de souvenirs d'événements passés en famille, de choses partagées *en famille* : «*Des fois, je reçois des cadeaux. Ça me rend heureux aussi* » (Traduction de : *Des fois ydjibouli des cadeaux, yferhouni aussi*) C'est en fait pour sa mère qu'ils fêtent son anniversaire, ils ne le faisaient pas auparavant, mais maintenant : «*Je ne peux pas lui dire non, elle se sent obligée de le faire alors... "Allez, vas-y maman, fais-toi plaisir" (rire)* » (Traduction de : *Haya rouhi yemma, bsahteuk ! a ferhi aala rouhek !*)

Nous lui faisons remarquer qu'il a tendance à beaucoup s'isoler, il confirme : «*Oui, j'aime être seul, c'est-à-dire qu'on me laisse calme, qu'on me laisse tranquille.. que je pense positif* » (Traduction de : *ih, nheb n'koun wahdi, c'est-à dire tkhellini nkoun calme, nkoun tranquille... ttsema n'feker positif*)

Comme il est de nature calme, nous lui demandons s réfléchit puis nous dit : «*La maison ? Euh... calme, calme. Des fois seulement, pour des petites choses : Pourquoi tu as bougé la table comme ça, pourquoi...* » (Traduction de : *Ddar ?Calme, calme. Des fois berk hakka.. pour des petites choses : "Waalach harektt tabla hakda, waalach..."*)

En dehors de la famille, le patient n'a pas d'ami.

Entretien avec les parents de Charles Darwin, le 29 avril 2018

Les deux parents s'accordent à dire que leur fils est autoritaire ; Charles change difficilement, voire jamais, de position. Le père : «*C'est un enfant un peu réservé, il a une conduite assez autoritaire aussi (...)* il bascule vers... *en arabe nous appelons ça 'el annaniya' (l'égoïsme) (...)* Il est courageux, il est studieux. Il est correct. Bien éduqué. *Wesh houwa, il a toujours son mot à dire et maintient ses positions* » La mère : «*il a arrêté ses médicaments alors que le*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

médecin lui a demandé de les prendre pendant au moins deux ans, mayesmaalnech (il ne nous écoute pas), quand il se met quelque chose en tête ».

« Il est difficile à convaincre, aandou des positions, il ne fléchit pas. Il n'est pas très... soi-disant il écoute ses parents, yaani.. même dans son intérêt. Généralement les parents ils ne cherchent que l'intérêt de leurs enfants. »

Le père, bien qu'il soit convaincu que son fils ait bénéficié de certains privilèges, un confort, émet un doute ; l'éventualité que cela ait pu être mauvais pour son fils : *« Il a eu la chance de ne manquer de rien, les faveurs (sa chambre, un ordinateur, internet...) peut-être elles ont été bénéfiques, et elles ont eu aussi leur côté négatif. Une utilisation exagérée de n'importe quelle situation dans la vie fait que ça bascule dans le mauvais sens »*

Il pointe du doigt la mère et l'accuse des tensions qui apparaissent dans le foyer : *« Entre nous, hakda en gros... sa maman est autoritaire à la maison, Y a toujours hadik euh... les confrontations, les discussions et les oppositions dans les idées. Donc quand y a opposition fréquente, ça crée des tensions w'les tensions hadouk, nul ne dira belli elles sont bénéfiques pour le développement de l'enfant ou la stabilité des parents »* Après la critique, il préconise la méthode douce : *« kayna f'la famille, des agitations fréquentes, il n'y a pas un climat hakda de paix de.. hiya elle veut faire ce que personne n'a fait pour ses enfants mais elle le fait... mal (et elle est en train de m'écouter d'ailleurs, et je le dis) c'est pas avec la force qu'on va faire passer les messages, c'est avec la bonne parole douce, la conviction, on peut pas faire passer had les messages avec la force »*

La maman ne voit toujours pas de quoi souffre son fils : *« maranich fahma.. w'kanet chuiya amradh hakda, à chaque fois yedkhel el djamiaa, maalabalich anna, mafhamtch, dernalou roukia, ça allait mieux chuiya »* Et pense, d'une certaine façon, que c'est un stress (lié aux études/l'université) qu'il s'est lui-

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

même imposé : *« il est gâté, on l'a laissé avec le micro et tout, il voulait refaire son bac, il voulait faire Mathématique Informatique, pas la biologie (...) il s'est rendu malade.. »* Le père est un peu du même avis : *« problème concernant le stress des études, mais à cause de son vouloir de bien fait ttsema.. il a basculé dans le stress. »*

« Je le surveille, on se confronte quand il ferme la porte à clef, je lui demande ce qu'il fait sur son ordinateur, parce que j'ai peur qu'il fasse des choses liées à la religion (délires mystico-religieux), c'est un pratiquant, il prie mais je ne veux pas qu'il aille plus loin.. Une fois il parlait du messie et ce genre de choses. Je n'aime pas quand il ferme la porte à clef... »

Quand nous lui demandons des détails sur l'atmosphère de la maison, sa relation avec son fils : *« Sinon, c'est comme chez les autres familles, la relation est bonne, ça va, à part pour la chambre fermée, il y a des confrontations... C'est que, vous voyez.. je suis une maman »* (Traduction de : *sinon kima el aailat, el aalaqa mliha labass, ca va, à part pour la chambre fermée, il y a des confrontations... wesh, taaref el oum..*)

« il n'a pas d'amis, c'est une mauvaise chose. Il n'a pas pu s'acclimater et ces choses aussi (liées à la religion) lui ont fait du mal... » (Traduction de : *il n'a pas d'amis, hadja machi mliha. Il n'a pas pu s'acclimater et ces choses aussi (liées à la religion) dherouh...*) nous dit-elle. Elle nous explique alors qu'il n'a pas réussi à s'en faire (des amis) du fait de leurs nombreux déménagements mais aussi à cause du problème de langue. En effet, étant originaire de Constantine, celui-ci ne parle pas kabyle (langue la plus répandue à Béjaïa)

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Entretien de Charles Darwin et ses parents avec les psychiatres, le 16 mai 2018

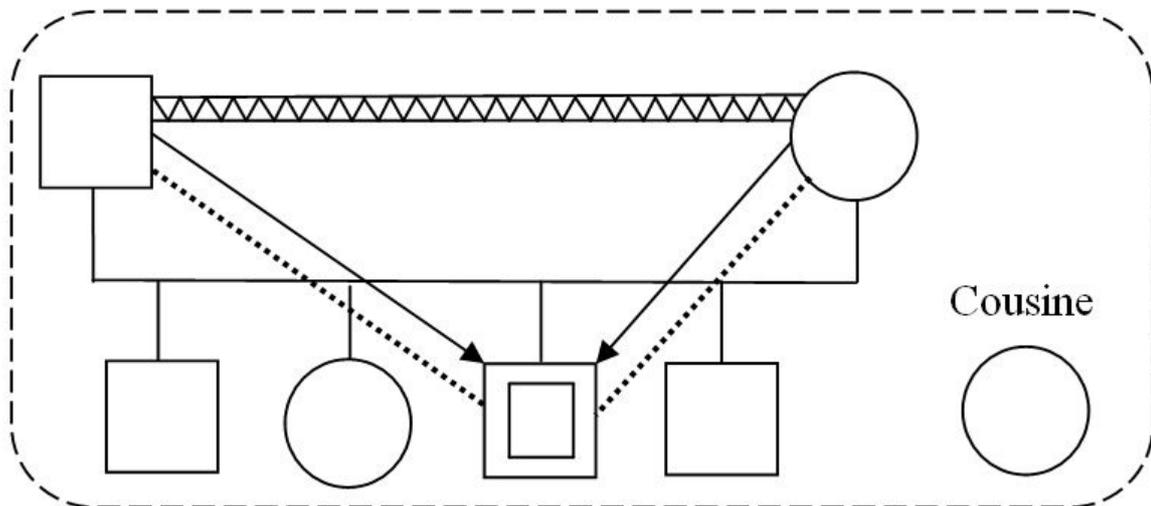
Le patient revient, accompagné de ses deux parents, pour une consultation ; leurs visages expriment de l'inquiétude et de l'anxiété. Les parents s'accaparent la parole et ne laisse aucune occasion à Charles de s'exprimer. Il reste là, à regarder ses parents décider, à sa place, quant à la possibilité, pour lui, de passer ses examens. La mère s'y oppose ; c'est la cause de ses rechutes, sa santé lui importe plus. Le père souhaite voir son fils réussir et relate sa visite chez le chef de département de la faculté de son fils, dans le but de lui arranger un emploi du temps particulier lui permettant de passer ses examens à son rythme. Quand le patient arrive enfin à prendre la parole, c'est pour exprimer son souhait de passer les examens « *comme les autres* ».

Synthèse des entretiens

D'après les données qu'on a recueillies à travers ces entretiens, Charles nie sa maladie et ne l'accepte pas. Dans sa famille, le degré de communication est jugé pauvre ou de basse qualité. Il reproche à sa mère son manque d'attention envers lui et son attitude à la maison. Par contre il est plus proche de son père malgré il s'oppose toujours a lui. Pour finir on remarque que notre patient ressent vraiment sa maladie comme un manque, et ses parents n'arrive pas comprendre la souffrance de leur fils pour eux le plus important c'est que leur fils fasse des études est construit son avenir.et lui dans tout ça veux juste avoir une vie comme les autre.

2) Présentation et analyse des données du génogramme

Figure N°4 : Génogramme du cas N°4, la famille Darwin



(Pour la clé de lecture du génogramme, voir Annexe N°3)

La famille Darwin est composée du père, de la mère et de 4 enfants (3 garçons et 1 fille). Une cousine du côté maternel vit avec eux.

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

3) Présentation et analyse des données du FMSS

Le père de Darwin :

L'énoncé initial : « *C'est un enfant un peu réservé* » (déclaration négative)

La relation : « *Entre nous...il y a 'opposition'* » (Négative)

Les critiques : Aucune.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Le mécontentement : « *Il a toujours son mot à dire* », « *difficile à convaincre* »

La surimplication émotionnelle : Aucune.

NIVEAU D'E.E = Bas.

La mère de Darwin :

L'énoncé initial : « *menn ki kan sghir chaterr* » (déclaration positive)

La relation : « *l3ala9a mli7a, labess yaani* » (positive)

Les critiques : Aucune.

Le mécontentement : « *khela chwiya le9raya ta3ou, 3awed le bac* »

La surimplication émotionnelle : Aucune.

NIVEAU D'E.E = Bas.

Synthèse du FMSS

La passation du FMSS aux deux parents de Darwin n'a révélé aucune critique ni surimplication émotionnelle. On cote alors un niveau d'EE bas.

Synthèse du cas N°3, la famille Darwin

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

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

A partir du génogramme, nous décrivons des parents proches l'un de l'autre mais qui s'opposent quant à la manière d'aborder leur fils. La mère préconisant la manière forte, le père, la manière douce. Il y a des tensions qui règnent dans le foyer. Pas d'information sur la fratrie mais la relation semble plutôt distante « *chacun dans son coin* ».

Cas N°6 : Famille du patient Branwell Brontë

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec le patient Branwell Brontë, 15 mai 2018

L'entretien avec le patient s'est déroulé dans l'après-midi du 15 mai 2018 dans la salle des visites et a duré une quinzaine de minutes. Une semaine d'hospitalisation avait passée et le patient *Branwell Brontë*, était stable selon le personnel soignant, et apte à répondre à nos questions. Nous avons donc entamé l'entretien en essayant de le mettre le plus à l'aise possible tout en lui expliquant brièvement nos motifs. Il était un peu anxieux et méfiant au début mais a fini par se détendre. On lui a reformulé autrement quelque question. Sinon, globalement, nous n'avons pas eu de soucis avec le patient et l'entretien s'est bien passé.

Informations générales

Le patient *Branwell Brontë* est un homme âgé de 31 ans, célibataire, de niveau d'instruction 1^o année secondaire et sans emploi. Il vit chez ses parents actuellement. Celle-ci est composée de 7 membres, dont les 2 parents, 4 sœurs et lui, l'unique garçon, 2^o de sa fratrie. Son père, âgé de 62 ans, a occupé un poste de travail dans une usine de carrelage, il est en retraite a présent. La mère, au foyer, a 56 ans, leur situation économique est jugé moyenne.

Axe 1) : Information sur la maladie

Le patient dit qu'il n'est pas malade, « moi je ne suis pas malade, des fois je pique des crises de colère pendant deux ou trois heures puis je reviens à mon état normal c'est tout sinon je ne suis pas malade » (Traduction de : *nekki uhlik ara tisa3tin amken tisa3thin aka amaken dhed aydidemen ad3ytegh sneth neswye3 umba3di at9legh normal um lehlak uhlik ara*).

Pour les antécédents psychiatriques familiaux, nous retrouvons un cousin du père déjà suivi en psychiatrie. Il y a une consanguinité entre le père et la maman. Pour les premiers signes, le patient dit que ils ont commencé le 26 juin 2017 : « c'était l'aïd ». Il confie aussi que tout a commencé par des pleurs sans raison : « Je pleure, des fois je regarde la télévision et je pleure, pleure sans aucun motif, même si le programme à la télévision que je regarde n'est pas triste » (Traduction de : *ttrugh aka des fois mara atfrijdegh la télé ttrugh imaniw même si machi lehadja lehzen*)

Le patient est hospitalisé depuis le 9 mai 2018. C'est sa deuxième hospitalisation « je suis resté 31 ou 40 jours hospitalisé ici la première fois » (Traduction de : *Qimegh 31 a 40 youm hospitalisé dayi abrid amenzu*)

C'est la maman qui remarque que son fils n'est pas bien, Branwell est ré-hospitalisé actuellement suite à l'arrêt des médicaments.

« C'est ma sœur qui me donne les médicaments, elle s'appelle Anne, elle me donne des gouttes. Mais je ne pars jamais au contrôle médical » (Traduction de : *deweltema iyditaken dowa isemiss Samia tetakiyd les gouttes . Mais utruhgh ara ikoul al contrôle*)

Par rapport aux changements qu'il a vécu depuis le début de sa maladie jusqu'à maintenant, il nous dit que « Rien n'a changé, je suis toujours la même

personne » (Traduction de : *k'ra uybeddel zy, kimegh akken illigh, dewin, dewin*)

Axe 2) : Information sur la dynamique familiale

Le patient nous raconte que la personne avec laquelle il s'entend le mieux c'est sa sœur : « *Anne, c'est ma sœur, avec elle je m'entends très bien* » (Traduction de : *Anne deweltma didhes itmisefhomegh melih*) il ajoute : « *On est toujours ensemble, on rigole tout le temps* » (Traduction de : *nettili lewahi toujours nettatta tout le temps*) par contre le patient dit avoir une mauvaise relation avec ses deux parents : « *je m'entends pas avec les deux, même si ils font tout pour moi, je vais dire la vérité ils font les choses comme je veux mais comme ça, je m'entends pas avec eux* » (Traduction de : *utmissefhomegh ara didhssen isnin, aadleniyi akken beghigh mi akka utmisefhemgh ara didesen*) Pour ce qu'est de la personne qui voit dès qu'il a un problème. « *J'ai jamais eu de problème dehors tout le monde me respecte, rien ne me stresse, je suis toujours bien* » (Traduction de : *us'iigh ara el machakil g berra, ikkel teqadharniyi, uytqeliq kerra, tiligh toujours bien*)

Le patient dit ne pas aimer l'aïd : « *je n'aime pas adghaferegh, d'ailleurs je ne pars pas voir les gens moi, s'il vient normal, sinon moi je n'aime pas ça* » (Traduction de : *utthibigh ara adghafregh, utreh ara adzregh le3ibad, mayela ussand uyte93 ara lem3na mi nekki uthbighara ancheta*)

Il dit que tout la famille est réunie la nuit mais qu'ils ne mangent pas ensemble, « *Moi par exemple, je rentre a 22h, je mange seul. Tout le monde mange à l'heure à laquelle il rentre* » (Traduction de : *nekki tewelyghed fe l3chrayit tetugh imaniw, kel yewen itete gesa3 iditewela*)

Pour ce qui est d'événements l'ayant marqué, le patient dit ne pas en avoir vécu de particulier, il ajoute qu'il a deux sœurs mariées. A la fin, Branwell dit

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

qu'il ne veut pas d'amis dans sa vie : « *Je n'ai pas d'amis et jamais je n'en aurais* » (Traduction de : *uss'iigh ara imdoukal et jamais addes'uugh*)

L'entretien avec quelques membres de la famille, le 16 mai 2018

La maman rapporte ce jour que c'est son seul garçon et qu'elle lui a tout donné : « *je me suis très bien occupé de lui. D'ailleurs, c'est le seul garçon que j'aie, donc tout mon attention était focalisée sur lui. On lui a toujours offert tout ce qu'il nous a demandé, il ne manquait de rien* ».

Le père, lui, pourrait faire l'impossible rien que pour que son fils soit heureux. Il lui a construit une maison, il fait tout pour lui ; l'essentiel est qu'il ne manque de rien.

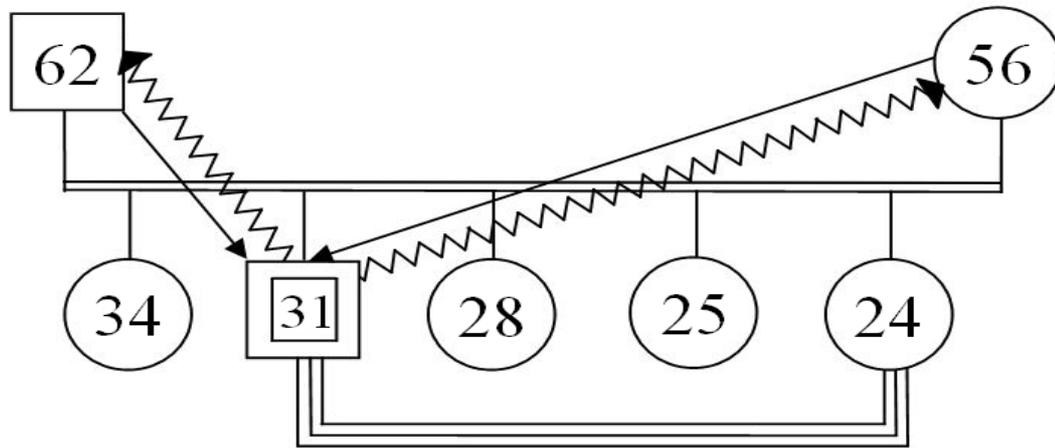
Sa sœur dit que son frère est quelqu'un de bien, il est très gentil il aime aider les autres. Il n'a jamais été agressif avec eux, au contraire, il est aux petits soins. Eux aussi le gâte que c'est le seul garçon de la maisonnée. Elle nous confie que c'est elle, la personne la plus proche de Branwell ; ils sont attachés l'un à l'autre. Ils parlent d'avenir et rigole tout le temps. Son souhait le plus cher et de le voir guéri et à nouveau comme avant.

Synthèse des entretiens

- Le patient refuse de reconnaître sa maladie et ne prend pas son traitement.
- Hostilité du patient envers ses parents
- Forte complicité entre le patient et sa plus jeune sœur

2) Présentation et analyse des données du génogramme

Figure N°5 : Génogramme N°4, la famille Brontë



(Pour la clé de lecture du génogramme, voir Annexe N°3)

La famille Brontë est composée du père, de la mère et de 5 enfants (1 garçon et 4 filles). Selon les informations recueillis lors des entretiens avec la famille nous y décrivons des parents dont l'union est consanguine, tout deux focalisés sur leur fils unique schizophrène qu'ils gâtent et surprotègent mais qui ne leur rend pas la pareille. Celui-ci se voit au contraire hostile envers les deux. Il existe également un lien fusionnel entre le patient et sa plus jeune sœur.

3) Présentation et analyse des données FMSS

Passation du test sur la sœur

L'énoncé initial : « *ogu3irara dahnine il est bien* » (déclaration positive)

La relation : « *on s'entends très bien* » (relation positive)

Les critiques : Aucune.

Le mécontentement : « *il pleure kan quand il est malade* » (négatif)

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

La surimplication émotionnelle : « *je rêve de le voir comme avant (larmes aux yeux)* »

NIVEAU DE E.E = Haut.

Synthèse du FMSS

Avec une surimplication émotionnelle, la sœur obtient un haut niveau d'EE.

Synthèse du cas N°5, la famille Brontë

Son statut de garçon unique dans la famille fait qu'il occupe une place privilégiée. L'ensemble des membres de la famille lui accorde beaucoup d'attention. Relation fusionnelle avec la plus jeune sœur.

Cas N°6 : Famille du patient Alfred Douglas

1) Présentation et analyse des données de l'entretien clinique semi-directif

Entretien avec le patient Alfred Douglas, le 7 mai 2018

C'est un entretien d'une quinzaine de minutes, dans la salle des visites, que nous avons eu avec le patient *Alfred Douglas*. C'était le 7 mai 2018, soit cinq jours après son hospitalisation. Le personnel soignant nous assure au préalable qu'Alfred est calme, dans un état stable et qu'il est en mesure de répondre à nos questions. Sachant que, lors de son admission, le malade était tellement agité qu'il avait dû passer quelque temps en isolement. Nous lui exposons alors nos motivations et demandons son autorisation quant à l'enregistrement audio de l'échange ; il accepte gentiment, informé du fait que cela nous facilitera la retranscription. Alfred s'est montré très aimable et souriant, un peu timide sur

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

les bords, il a répondu aux questions l'une après l'autre calmement sans trop élever la voix et étant bon francophone, nous n'avons eu nul besoin de traduire les questions.

Informations générales

Le patient est un homme âgé de 37 ans ayant une instruction de niveau terminal (3^e année lycée). Il exerce le métier de pâtissier mais est actuellement en arrêt de travail, en raison de sa maladie. Célibataire, il vit avec sa famille composée de 6 membres dont le père, la mère, et 4 enfants. Ils sont deux garçons et deux filles, Alfred est le dernier de sa fratrie. Le père, âgé de 75 ans, a étudié en France ; il est maintenant à la retraite. La mère, au foyer, est âgée de 60 ans ; elle n'a pas fait d'études. Leur situation socio-économique est jugée bonne. Son frère, lui, nous dit qu'ils sont « *très riches* ».

Axe 1) : Informations sur la maladie

Le patient pense qu'il souffre uniquement de stress et d'un manque de sommeil (insomnies), il nous dit : « *je suis stressé, je ne dors pas* » et un petit détail : « *J'ai des petites phobies, de la peur comme ça... et puis elle part, toute seule, comme ça...* » (Traduction de : *del'kheleaa, akka kan... ttetassed imanis umbaa ttetruh, akka kan...*) Alfred n'évoque à aucun moment la schizophrénie ou l'un de ses principaux symptômes. Pourtant, sur son dossier l'on note bien une activité délirante de persécution. Pour ce qui est des antécédents psychiatriques familiaux, il cite sa mère, soi-disant suivie en psychiatrie pour de l'angoisse, voire phobie ; nous n'avons, néanmoins, pas eu la possibilité de confirmer la chose. Lui-même nous suggère que ses phobies et son mal-être doivent être « *génétiques* » et « *héréditaires* », qu'il souffre de la même chose que sa mère. Alfred est suivi chez un médecin psychiatre à titre privé depuis déjà quelques années. Lorsque nous lui demandons de nous décrire les premiers signes de sa maladie, il évoque uniquement son stress : « *j'étais entrain de*

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

travailler puis j'ai arrêté, après c'est le vide et le stress », ceux-ci remontent, selon lui, à 2 mois (il veut en fait parler de sa dernière rechute et non pas des signes prodromiques). Ainsi, nous constatons que le patient est en partie anosognosique et n'insistons donc pas plus sur le sujet de sa maladie.

C'est sa première hospitalisation, il fut admis le 30 avril 2018 pour trouble du comportement, instabilité psychomotrice, agressivité dans le milieu familial, et refus thérapeutique, le tout sous-tendu par une activité délirante. Sur son dossier, nous apprenons qu'il a déjà consulté un psychiatre (chez qui, comme il nous le dit plus haut, il est encore suivi) et même un psychologue. Il est alors sous traitement médicamenteux depuis un moment.

La personne qui l'aide le plus dans sa famille, que ce soit dans sa prise en charge ou autre, c'est définitivement son père, mais finit par ajouter son frère et son neveu à la liste : *« l'essentiel c'est vraiment mon père qui m'aide beaucoup, beaucoup... Mais mon frère aussi, et mon neveu aussi. Surtout mon neveu, il essaye de m'aider de son mieux »* (Traduction de : *l'essentiel d'babva iyitaawanen melih, melih... illa daghen gma, wahi miss negma. Surtout miss negma ittazal melih feli*)

Quand nous le questionnons sur comment il voit et réagit à sa situation, son état, il nous dit, en ces termes : *« c'est une galère... un vrai cauchemar... »*.

Il affirme que *« Oui, bien sûr. »* cela a occasionné un gros changement dans sa vie et qu'en ce moment, il se sent perdu : *« Je suis bien, je vais bien, je vois tout clair... Et quand le stress enni commence, d'un seul coup je vois flou. Je vois tout flou... Genre... je ne peux pas expliquer ça (...)*»

Axe 2) : Informations sur la dynamique familiale

Au sujet de sa famille : *« Aweh, bien, on est proche »* déclare-t-il. Alfred rapporte que les membres de la maisonnée discutent souvent ensemble mais

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

jamais de leur problèmes : « *ah non, ça non... Personne ne parle de ses problèmes à l'autre, chacun règle ses problèmes seul. Moi, j'ai des amis intimes à qui j'en parle, dehors* » (Traduction de : *Aweh, akken khati, koulyewen imaniss, se'iigh des amis intimes n'hekkou akka g berra*)

Il se sent beaucoup plus proche de son père que des autres membres de sa famille. En dehors de lui : « *Non, personne...* ». Quand nous lui demandons ce qu'il en est avec sa mère précisément, il nous répond d'un simple « *ça va...* ».

Durant les fêtes religieuses (ou autres occasions du même ordre), la famille est réunie, les membres prennent part aux festivités ensemble : « *Amm el mouloud, amm le 1^e janvier... L'aïd, je le passe bien, parfaitement bien... à la maison, en famille... Moi, je me lève le matin, je prends une douche, je me rase, m'habille bien... On se salue, on s'embrasse... On va voir les proches, tout ça...* » Du reste, le patient préfère ne pas répondre concernant les événements importants (heureux ou malheureux) vécus par la famille : « *Je passe.* » dit-il, d'un air triste et les larmes aux yeux.

En dehors de la famille, le patient rapporte qu'il a des amis : « *j'ai des amis à qui raconter mes problèmes, et avec qui je discute, c'est tout à fait normal.* »

Entretien avec le frère, le 10 mai 2018

Trois jours après notre entretien avec Alfred, nous avons l'occasion de rencontrer son frère, venu en visite, et d'échanger avec lui. Celui-ci accepte naturellement de répondre à nos questions mais refuse d'être enregistré.

Anxieux et plutôt nerveux, il nous avoue être sous traitement (anxiolytique) et blâme son proche malade de l'état dans lequel il est. Il nous rapporte que leur famille est aisée et que personne ne manque de rien. Les membres du foyer s'entendent très bien entre eux et n'ont jamais eu de problèmes, hormis cette fois-ci, avec Alfred. Le malade est source de tourments, et ce, malgré tous les

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

efforts qu'ils fournissent pour améliorer son état et faire en sorte qu'il aille bien. Il donne alors l'exemple de la voiture « *très chère* » qu'ils lui ont offert.

Dans une profonde perplexité, il nous dit qu'il ne comprend absolument pas la maladie de son petit frère et soupçonne qu'elle est de l'ordre de la sorcellerie. Par ailleurs, la famille aurait emmené son malade au Maroc pour des thérapies traditionnelles, sans résultats. Préoccupé, son frère serait même allé jusqu'à payer un des amis d'Alfred pour que celui-ci le surveille et lui rapporte les moindres de ses faits et gestes.

Il nous livre par ailleurs que son unique rêve est de voir Alfred se marier et procréer : « *Je veux juste qu'il se marie et qu'il ait des enfants. A la fin, s'il veut mourir, qu'il meurt, je m'en fiche. Il va nous laisser ses enfants.* » et déclare être prêt à payer « *des millions* » à quiconque pourra soigner efficacement son petit frère.

Synthèse des entretiens

Il y a une méconnaissance évidente du trouble par le malade et sa famille (son frère en l'occurrence). Il est seulement question d'un stress passager et d'anxiété pour le malade ; et d'un comportement étrange (retrait, délires de persécution...) aux yeux de la famille.

C'est une famille traditionaliste et rigide dans son fonctionnement, ses membres veulent le bien de leur proche mais pensent que la solution se trouve dans un confort matériel et dans le mariage.

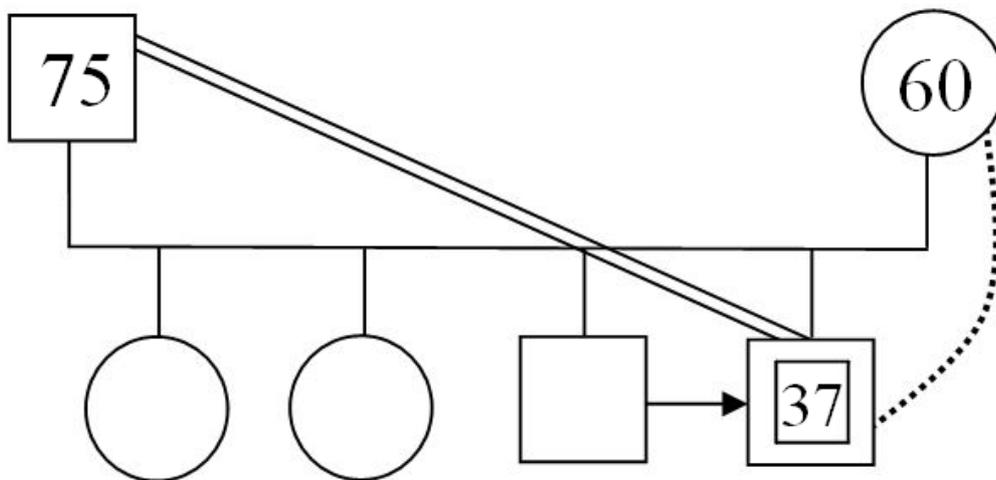
La communication est pauvre, les besoins de chacun ne sont pas clairement formulés. Le patient préfère parler de ses problèmes avec ses amis plutôt qu'avec sa famille.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Ainsi, la dynamique familiale semble dysfonctionnelle, notamment par rapport à la pauvreté de la communication. Une tendance à expulser le malade, « *qu'il meurt* » est observée.

2) Présentation et analyse des données du génogramme

Figure N°6 : Génogramme du cas N°6, la famille Douglas.



(Pour la clé de lecture du génogramme, voir Annexe N°3)

La famille d'Alfred est constituée du père, de la mère et de 4 enfants (deux filles et deux garçons). Selon les informations recueillies lors de l'entretien avec Alfred et de celui avec son frère, on ne peut se prononcer quant à la typologie de la famille. Nous pouvons néanmoins souligner que les frontières sont rigides ; le mécanisme prévalent est l'enchevêtrement ; le sentiment d'appartenance est insuffisant ; la communication est pauvre ; les tensions interpersonnelles sont importantes ; et on suppose une réaction lors des crises qui serait violente vu que le frère du patient s'est déjà montré agressif à l'hôpital.

3) Présentation et analyse des données du FMSS

Passation du test FMSS au frère d'Alfred Douglas

L'énoncé initial : « *il est devenu une tout autre personne d'un seul coup* » (déclaration négative)

La relation : Négative.

Les critiques : « *il a abandonné son travail, il fait rien de la journée, il m'aide pas quand je lui demande un service...* »

Le mécontentement : « *il me dit oui puis il ne fait pas ce que je lui demande, il ne veut pas se marier* »

La surimplication émotionnelle : « *je dors plus la nuit à cause de lui, je donne de l'argent à son ami pour qu'il découvre la cause de son mal-être, je veux qu'il se marie pour que je sois à l'aise* »

NIVEAU DE E.E = Haute.

Synthèse du FMSS

On constate après avoir passé le test du FMSS au frère du malade, représentant ainsi toute la famille selon les principes de l'FMSS, encore une fois un haut niveau d'EE.

Synthèse du cas N°6, la famille Douglas

D'après les données obtenues de la pratique des entretiens semi-directifs, des informations retrouvées dans son dossier, des résultats du génogramme et du FMSS, la famille de ce patient se révèle une fois de plus dysfonctionnelle.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

On ne peut néanmoins pas se prononcer sur le type exact du dysfonctionnement étant donné le manque d'informations dû au fait de n'avoir pu rencontrer que le frère du patient.

On notera tout de même, un sentiment d'appartenance fragile (on sent que le patient a une certaine réserve vis-à-vis de sa famille et a du mal à se confier à elle). Le monde extérieur est alors ressenti comme source majeure de satisfaction pour le patient. Les frontières à l'intérieur du système sont très marquées, rigides, même si les membres peuvent apparaître instables (notamment le frère, souvent agité pendant ses visites au sein de l'établissement hospitalier).

C'est aussi une famille qui agit et pense à la place du malade (le patient n'a pas son mot à dire concernant son avenir et son mariage).

II) Discussion des résultats de la recherche

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos six cas de recherche, nous arrivons enfin à l'étape de la discussion de ces résultats.

Notre unique hypothèse sera donc ici éventuellement confirmée ou infirmée et ce, en partant de l'analyse des entretiens cliniques semi-directifs effectués sur les 6 cas de notre groupe de recherche, ainsi que celle du génogramme et celle du test FMSS.

Notre objectif, étant de déterminer et de décrire la dynamique familiale des personnes schizophrènes hospitalisées en psychiatrie, en décrivant et évaluant le niveau d'EE de leurs proches.

Hypothèse : « *La dynamique familiale chez les familles ayant un membre atteint de schizophrénie est dysfonctionnelle* ».

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes étayés sur les résultats des entretiens semi-directifs de recherche avec les patients et leurs familles ainsi que ceux du génogramme et ceux du FMSS.

CAS N°1) : Famille de la patiente Lucrece Borgia

D'après la théorie sur laquelle on s'est basé et l'analyse des informations recueillies de l'entretien semi-directif, on a constaté que la famille Borgia était mal informée de la maladie de Lucrece avec notamment des membres qui sont en conflits permanent. On remarque aussi la présence de la notion de *double contrainte* (Bateson).

Le génogramme nous a permis de décrire un couple parental « *dévié* » (Lidz), dont le père, passif, ne s'investit pas dans l'éducation de ses enfants, et n'acceptant pas la maladie de sa fille, en altère sa prise en charge. Nous y décrivons aussi un grand frère idolâtré par sa sœur mais qui l'influence en mal ; un frère plus jeune « *violent* » envers elle et, en tout, une famille si conflictuelle que cela pousse la patiente à sombrer encore plus dans sa maladie.

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

Ainsi, on en vient à conclure que la dynamique familiale chez cette famille est dysfonctionnelle. Ce qui confirme notre hypothèse de base.

CAS N°2) : Famille du patient Bill Gates

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif qu'on a effectué avec Bill et sa famille (mère et petite sœur), nous constatons d'abord la récence de la maladie du jeune patient, son anosognosie ainsi que la récente perte du père de famille dont Bill était particulièrement proche et qui se retrouve maintenant seul homme dans le foyer. Il se trouve aussi que ce foyer partagé entre la France et l'Algérie voit ses membres parfois séparés comme en l'occurrence 1 de Bill seul quelques mois en Algérie.

Sur le génogramme s'affichent des relations distantes entre Bill et ses sœurs. Le patient se trouvait être proche de sa plus jeune sœur mais plus depuis qu'ils ont grandi et surtout depuis le début de ses troubles. Une mère focalisée sur son fils (avec encore la notion de *double bind*) ainsi que l'hostilité de celui-ci envers sa mère.

Nous expliquons l'obtention d'un bas niveau d'EE par la jeune sœur du patient (qui, par extension, c'est l'ensemble de la famille qui est affilié à cette même catégorie) du fait que la parente nous a exprimé des sentiments neutres (du genre « *on s'entend assez bien* ») voire positifs (du genre « *nous communiquons facilement et nous passons beaucoup de temps ensemble* »).

Cela n'empêche pas de dénoter chez cette famille une grosse perturbation au niveau relationnel (distante voire hostile) et communicationnel (pauvre voire absente). Ce qui donne regrettamment un mauvais pronostic à Bill dans sa maladie.

Ainsi, pour conclure l'étude qu'on a menée sur cette famille, nous nous arrêtons sur le fait que la dynamique familiale du patient Bill Gates semble dysfonctionnelle. Et ceci confirme une 2^e fois notre hypothèse de recherche.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

CAS N°3) : Famille du patient Sweeney Todd

En se référant aux résultats de l'entretien avec le patient et celui d'avec sa famille (mère et deux sœurs), une incapacité ou refus du réseau familial de répondre au besoin d'attention du patient et une difficulté des membres à communiquer avec le malade dû à la peur qui leur inspire.

Dans le génogramme, on a constaté que la communication était pauvre entre le malade et sa famille. Le patient partage peu de chose avec eux et surtout pas avec ses deux parents et son petit frère qu'il dispute et va jusqu'à le menacer. Celui-ci ressent un certain désengagement de la part de sa famille envers lui. Il vit le mariage de ses sœurs comme un abandon mais nie la chose et dit être heureux pour elles.

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

On en vient à conclure que la dynamique familiale chez cette famille est dysfonctionnelle. Ce qui confirme notre hypothèse de base.

CAS N°4) : Famille du patient Charles Darwin

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

A partir du génogramme, nous décrivons des parents proches l'un de l'autre mais qui s'opposent quant à la manière d'aborder et éduquer leur fils. La mère

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

préconisant la manière forte, le père, la manière douce. Il y a des tensions qui règnent dans le foyer, mère étant plutôt sévère et autoritaire. Pas d'information sur la fratrie mais la relation semble plutôt distante « *chacun dans son coin* ».

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

A partir de toutes ces données recueillies, on en vient à conclure que la dynamique familiale chez cette famille semble dysfonctionnelle. Ce qui confirme, une nouvelle fois, notre hypothèse de recherche.

CAS N°5) : Famille du patient Branwell Brontë

Les résultats de l'entretien avec le patient révèlent son hostilité envers ses parents. Et bien que ses relations soient bonnes avec le reste des membres de la famille, les relations conflictuelles avec ses parents suffisent à instaurer des tensions au sein de la maison. La passation du FMSS à la sœur du patient révèle un haut d'EE chez cette famille. On en vient à conclure que la dynamique familiale chez cette famille est dysfonctionnelle. Ce qui confirme, encore une fois, notre hypothèse de recherche.

CAS N°6) : Famille du patient Alfred Douglas

A la suite des données récoltées à partir des entretiens semi-directifs effectués avec le patient puis son grand frère, on constate chez cette famille que celle-ci manque d'empathie vis-vis de Charles. C'est une famille rigide et traditionaliste qui a tendance à penser et agir à la place du malade. La communication y est pauvre. Plus l'obtention d'un haut niveau d'EE dans le FMSS par le proche.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

Nous concluons alors d'après tout ceci pour ce cas, qu'il s'agit d'une famille dysfonctionnelle confirmant notre hypothèse de recherche.

Tableau n° 3 : Tableau récapitulatif des résultats.

Nom	Âge	Famille / vivants avec	Participants (famille)	Niveau d'EE	Commentaires
Lucrèce Borgia	23	Parents + deux frères	Parents	Haut	Absence d'alliance parentale, des conflits entre les différents membres, père désengagé/absent, mère sur-impliquée, fratrie hostile, disputes fréquentes, traitement interrompu.
Bill Gates	22	Mère + 4 sœurs	Mère + sœur	Bas (sœur)	Limites rigides, membres distants, communication pauvre.
Sweeney Todd	34	Parents + 2 sœurs + frère	Mère + 2 sœurs	Haut	Limites diffuses, peur des proches envers le patient, communication pauvre, relation distante entre le patient et sa mère et tendue entre lui et son père voire hostile envers le jeune frère.
Charles Darwin	26	Parents + 3 frères + cousine	Parents	Bas	Limites rigides, relations distantes entre les membres, parents en conflit (éducation) et focalisés sur le patient, communication pauvre.
Branwell Brontë	31	Parents + 4 sœurs	Parents + 1 sœur	Haut	Hostilité du patient envers ses parents qui sont focalisés sur lui.
Alfred Douglas	37	Parents + 2 sœurs + 1 frère	Frère	Haut	Limites rigides, absence de communication.

Synthèse

A partir des résultats obtenus grâce aux outils utilisés dans la recherche, l'hypothèse stipulant que « *La dynamique familiale chez les familles ayant un membre atteint de schizophrénie est dysfonctionnelle* » a été confirmée pour la totalité des cas de notre groupe de recherche.

CHAPITRE IV Présentation, analyse et discussion des résultats

En effet, les familles Borgia, Gates, Todd, Darwin, Brontë et Douglas semblent toutes avoir une dynamique familiale dysfonctionnelle avec notamment dans chacune des familles :

- Des relations tendues voire conflictuelles entre les membres de la famille.
- Une pauvreté voire absence de communication.

Et ces résultats concordent avec les études qui ont déjà été faites sur ce type de famille c'est-à-dire, les familles ayant un membre atteint de schizophrénie.

Nous arrivons donc à la fin de ce mémoire ; fruit d'une modeste recherche qui aura duré près d'un an. Nous destinant à une carrière en psychologie, c'est pourtant, par la force des choses, sur un trouble psychiatrique, et non des moindres, que nous nous arrêtons. Ce travail n'a évidemment pas de visée psychiatrique puisqu'il ne s'intéresse pas à la schizophrénie pour ce qu'elle est, à savoir une maladie mentale, mais plutôt à ce qu'elle engendre dans l'univers relationnel de la famille d'une personne qui en souffre.

En effet, les troubles psychiatriques s'avèrent être le plus souvent contraignant et éprouvant pour l'entourage familial qui peut avoir du mal à les appréhender, à les comprendre et à y faire face, faisant naître ainsi les sentiments d'impuissance, de désespoir ou de colère. L'on peut généraliser la problématique de la famille en psychiatrie à tous les troubles mentaux. Néanmoins, nous nous sommes limitées dans notre travail à l'étude de la famille du patient schizophrène et ce, pour plusieurs raisons, à noter : le nombre important de schizophrènes admis dans les services psychiatriques, leur tendance au retrait social, leurs délires généralement projetés sur la famille... etc.

Notre attention s'est alors portée sur les patients hospitalisés dont les membres de la famille se présentaient plus ou moins souvent, et plus ou moins nombreux au service du CHU de Béjaïa (Pour les visites, des contrôles, des renseignements...) dans l'optique de pouvoir les consulter et les questionner. Aussi, nous souhaitons avoir une certaine diversité dans notre groupe de recherche : différentes tranches d'âges, genres, positions dans la famille (mère, père, enfant...), etc. mais nous sommes contents de six cas (tous des patients célibataires et vivant avec leur famille) en raison des courts séjours de certains malades, ou encore le non-consentement à la participation de certains autres. Nos objectifs étaient d'observer, cerner et décrire quelque peu la dynamique familiale spécifique aux patients schizophrènes ; notre problématique de recherche

débouchait donc sur la question d'une présentation de la dynamique-familiale des patients schizophrènes en Algérie, suivie d'une hypothèse supposant que cette dernière était dysfonctionnelle.

Les résultats obtenus nous ont permis de constater que la dynamique des familles constituant notre groupe de recherche (à savoir, les familles : Borgia, Gates, Todd, Darwin, Brontë et Douglas) semble dysfonctionnelle. Avec notamment, une pauvreté voire absence de communication, et des relations tendues voire conflictuelles entre les membres de la famille. De ce fait, notre hypothèse notifiant la dysfonction de la dynamique familiale des patients schizophrènes fut confirmée.

Pour obtenir les informations qui nous importaient et que nous avons analysées pour la recherche, nous avons usés de trois principaux outils : l'entretien semi-directif, le génogramme et le FMSS ; sans, toutefois, nous en remettre uniquement et exclusivement à ceux-ci. En effet, bon nombre des données amassées l'ont été lors d'entretiens entre les familles, les malades et les psychiatres. D'autres, sont le fruit d'observations directes des interactions entre les patients et leurs proches (Lors des visites, contrôles...). Pour le reste, des détails ont pu être récupérés directement depuis les dossiers de suivi des participants.

Du fait de notre inexpérience, et avec un peu de recul, certains manques sont à dénoter. Les entretiens ont, pour quelques uns, été assez mal dirigés, nous avons manqué de fermeté et évité de trop solliciter les familles, par crainte de les importuner (Contexte hospitalier) Autrement, c'est un nombre bien plus important d'entretiens que nous aurions pu passer. Aussi, nous pensons avoir mal exploité, pas suffisamment insisté sur quelques unes des questions du guide. Le génogramme nous a permis d'illustrer le fonctionnement des familles choisies – dans la limites des informations récoltées – et d'en avoir une vue d'ensemble.

Malgré les lacunes que l'on pourra leur trouver, leur choix est justifié. Nous avons délibérément opté pour ces trois outils du fait de leur apport *descriptif* des relations dans la famille. Notre démarche visait moins l'évaluation que la description de la dynamique des familles de schizophrène en Algérie. Nous souhaitions être au plus près des participants et échanger avec eux de manière claire et simple ; il aurait été contraignant d'user d'une échelle d'évaluation à la manœuvre complexe. Et malgré la rigueur des psychiatres quant à leur vocabulaire tendant à standardiser les patients selon leur trouble, nous avons tenu à garder l'aspect humain de nos cas notamment lors de la présentation des cas.

Nous nous sommes également heurtées à un certains nombres d'obstacles, qui nous ont, à un moment ou à un autre, freinées. L'approche choisie en est un : La systémie. A nos yeux, elle s'est révélée comme l'approche par excellence pour notre sujet de recherche. En dépit de la documentation que nous avons consultée, la maîtriser est une chose bien moins évidente. Par ailleurs, nous doutons, aujourd'hui encore, de sa bonne mise en œuvre dans notre travail. Cela reste toutefois une humble tentative et une première expérience très enrichissante.

Nous avons également pu constater qu'étudier un système, en l'occurrence la famille, était tout aussi compliqué que de la réunir. Sur nos six cas, nous n'avons réussi à voir ni à nous entretenir avec aucune des familles au complet (nous entendons par là, tous les membres de la maisonnée en relation directe avec le patient schizophrène). Il ne nous fut pas possible de fixer des rendez-vous avec les proches des malades de manière organisée et avons dû nous entretenir avec eux, quand eux le voulaient bien, et qu'ils acceptaient de nous accorder de leur temps au moment des visites ou quand ils se présentaient pour les besoins du malade (lui apporter des affaires, des repas). Le programme chargé du service ne nous a pas facilité la tâche (nous devions attendre pour qu'une salle se libère pour les entretiens sans pouvoir l'occuper trop longtemps à notre tour).

Il nous fallait ensuite attendre que les patients soient dans un état stable et aptes à participer. Notons que les patients admis au service le sont justement parce qu'ils ne sont pas au mieux de leur forme ; ils sont perturbés et affaiblis. Beaucoup ne consentent d'ailleurs pas à participer à notre recherche. Hormis le consentement, il y a aussi les séjours à l'hôpital dont les durées varient aléatoirement (Plusieurs cas ont quitté l'hôpital alors que nous avons déjà entamé le travail avec eux sans pouvoir jamais le développer).

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

En effet, la schizophrénie ne devrait pas être un sujet tabou, tout le monde gagnerait à ce qu'elle soit mieux médiatisée ; le malade, comme sa famille. La méconnaissance du trouble entrave sa prise en charge et entraîne des perturbations au sein de la famille du malade d'abord, et de la société à une plus grande échelle.

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

Liste Bibliographique

- 1- Addi H. (1999). *Les mutations de la société algérienne, famille et lien social dans l'Algérie contemporaine*. Paris : La découverte.
- 2- Allilaire, J.-F., Barte, N., Claudel, B., Gasman, I., Girault, N., Karila, L., Lemogne, C., & Pelissolo, A. (2009). *Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte* (2^e édition). Paris : Elsevier Masson.
- 3- American Psychiatric Association. (1994). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV)*.
- 4- American Psychiatric Association. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5)*.
- 1- Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des recherches*. Casbah université, Alger.
- 5- Ausloos, G. (1994). La compétence des familles, l'art du thérapeute. *Service social*, Volume 43, Number 3, 7–22. doi:10.7202/706665ar.
- 2- Barrelet, L. F. Strasser, O. Grossenbacher, M. B. & Mancuso, M. (2017). *La famille face à l'hospitalisation psychiatrique*. Suisse.
- 3- Bateson, G., & al. (1971-1972). *Vers une écologie de l'esprit*. Paris : le Seuil, tome 1, 1977 ; tome 2, 1980.
- 6- Benali, R. (2005). *Education familiale en Algérie entre tradition et modernité*. Insaniyat.
- 4- Benoit, J. C., Malarewicz, J.-A., Beaujean, J., Colas, Y., & Kannas, S. (1988). *Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques*. Paris : ESF.
- 5- Berger, M. (2003). *Le travail thérapeutique avec la famille*. Paris : Dunod.
- 6- Besancon, G. (2005). *Manuel de psychopathologie*. Paris : Dunod.

- 7- Besche-Richard, Ch., & Bungener, C., (2002). *Psychopathologies de l'adulte*. Paris : Armand Colin.
- 8- Bittolo C., & Laxenaire, M. (2014). Observer un groupe : motifs, intérêts et observables. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 63(2), 39-52. doi:10.3917/rppg.063.0039.
- 9- Blanchet, A., & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes : l'entretien*. Paris : Armand Colin.
- 10- Blanchet, A., Bromberg, M., & Trognon, A. (2004). *Psychologie sociale et communication*. Paris : Dunod.
- 11- Bleuler, E. (1911). *Dementia praecox ou groupe des schizophrénies*. Paris : E.P.E.L., G.R.E.C.
- 12- Borgeat, F. (1988). Les causes de la schizophrénie. Dans Lalonde P. (Éd). *La schizophrénie expliquée* (pp.33-45). Montréal: Gaëtan Morin.
- 13- Boucher, L. & Lalonde, P. (1982). La famille du schizophrène : interférente ou alliée ?. *Santé mentale au Québec*, Vol.7(1), 50–56. doi:10.7202/030124ar
- 14- Bout, A. (2015). *Emotion Exprimée et facteurs associés chez des familles de patients avec schizophrénie : Etude transversale*. Université Sidi Mohammed Ben Abdallah, Maroc.
- 15- Boyer, P. (2003). Entre délire et réalité. Dossier psychiatrie: la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 68-73.
- 16- Burlow, D. H., & Durant, M.V. (2002). La schizophrénie et les troubles psychotiques apparentés. Dans M.V. Durant & D.H. Barlow (Éds), *Psychopathologie: une perspective multidimensionnelle* (pp. 644-693). Paris: De Boeck Université.

- 17- Champion, D. (2003). Les facteurs génétiques de la schizophrénie. Dossier psychiatrie : la schizophrénie. *Cerveau & Psycho*, 2, 74-75.
- 18- Cario, R. (2000). *Victimologie de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration social*. Paris : Harmattan.
- 19- Chahraoui, Kh. & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod.
- 20- Ciccone, A. (1998). *L'observation clinique*. Paris : Dunod.
- 21- Compagnone, Ph. (2010). Le génogramme. *Le Journal des psychologues*, 281(8), 16-16. doi:10.3917/jdp.281.0016.
- 22- Cooper, J. E., & etc. (1972). *Psychiatric Diagnosis in New York and London: A Comparative Study of Mental Hospital Admissions*. London, New York: Oxford University Press.
- 23- Davtian, H. & Scelles, R. (2013). La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ?. *L'information psychiatrique*, volume 89(1), 73-82. doi:10.3917/inpsy.8901.0073.
- 24- De Beaurepaire, R. (2014). La schizophrénie et les autres psychoses dans le DSM-5. *La Lettre du Psychiatre*, X(2), 57-63.
- 25- De Perrot, E., & Weyeneth, M. (2004). *Psychiatrie et psychothérapie: Une approche psychanalytique*. Paris: De Boeck Université.
- 26- Debray, R. (1996). *Clinique de l'expression somatique*. Paris : Delachaux et Niestlé.
- 27- Desclin, J., (2006). *La schizophrénie : ce que les familles et les proches des malades devraient savoir*.

- 28- Dictionnaire de l'Académie française, huitième édition, 1932-1935.
<http://www.cnrtl.fr/>
- 29- Douville, O., & Jacobi, B. (2009). *10 entretiens en psychologie clinique de l'adulte*. Paris : Dunod.
- 30- Fédida, P. (2007). Du rêve au langage, *Psychanalyse à l'Université*, X, no 37, 1985. Article republié dans *Le primitif. Que devient la régression ?*, APF/Annuel 2007. Paris : PUF.
- 31- Fernandez, L. & Pedinielli, J.-L. (2005). *L'observation clinique et l'étude de cas*. Paris : Armand colin.
- 32- Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers*, 84(1), 41-51. doi:10.3917/rsi.084.0041.
- 33- Gauthier, B. (2009). *Recherche social d la problématique à la collecte des données*. Boulevard Laurier : Presse de l'université du Québec.
- 34- Giami, A. (2009). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et sciences humaines*.
- 35- Gofryd, M., (1994). *Les Maladies Mentales de l'Adulte*. Paris : Puf.
- 36- *Grand Dictionnaire de la Psychologie*, (2011).
- 37- Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2007). *Manuel de psychiatrie*. Paris : Elsevier Masson.
- 38- Guelfi, J.-D., & Rouillon, F. (2012). *Manuel de psychiatrie* (2^e édition). Paris : Elsevier Masson.

- 39- Guloksuz, S., & van Os, J. (2018). *The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum*. doi: 10.1017/S0033291717001775
- 40- Hamel, N. (2011). *Procédure et normes scientifiques de l'élaboration de questionnaire d'enquête. Cas des mémoires de magister de FLE*. Université Mohamed Kheider, Biskra.
- 41- Hanus, M. (1981). *Psychiatrie intégrée de l'étudiant* (5^e édition). Paris : Librairie Maloine.
- 42- Haouzir, S., & Bernoussi A., (2010). *Les schizophrénies*. Paris : Armand Colin.
- 43- Hendrick, S. (2002). Les émotions exprimées: Le point de la recherche et son apport à la théorie familiale systémique. *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*. 29(2), 139-166. doi:10.3917/ctf.029.0139.
- 44- Houzel, D. (2003). Influence des facteurs familiaux sur la santé mentale des enfants et des adolescents. *La psychiatrie de l'enfant*, vol. 46(2), 395-434. doi:10.3917/psy.462.0395.
- 45- Kannas, S. (2001). Thérapies familiales et schizophrénies, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, 1(26), p. 138-145. doi : 10.3917/ctf.026.0138
- 46- Laflamme, J. (2012). *Thérapie familiale et problème de santé mentale chez le parent et l'enfant : vers une quête de services intégrés*. Essai. Université de Montréal.
- 47- Le Dictionnaire de Psychologie (2003).

- 48- Leboyer, M., & al. (2002). *La schizophrénie, une pathologie aussi fréquente que mal connue*. Fondation pour la Recherche Médicale. url : <https://www.frm.org/upload/pdf/schizophrenie.pdf>
- 49- Lim-Sabbah, I. (2010). *Psychiatrie. L'indispensable en stage! Pathologies. Conduites à tenir. Médicaments. Compétences* (2^e édition). Paris : Elsevier Masson.
- 50- Littré, Dictionnaire de la langue française, 1994, Encyclopédie Britannica.
- 51- Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : PUF.
- 52- McGoldrick, M., & Gerson, M. (1985). *Génogrammes et entretien familial*. Paris : ESF.
- 53- Miermont, J. (2001). Schizophrénies et thérapies familiales. Perspectives éco-éthoanthropologiques, *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux* 1(26), p. 155-174. doi : 10.3917/ctf.026.0155
- 54- Möhring, P. (2006). Dynamique et thérapie familiale psychanalytique. *Le Divan familial*, 17(2), 113-133. doi:10.3917/difa.017.0113.
- 55- Mura, G., Petretto, D. R., Bhat, K. M., & Carta, M. G. (2012). Schizophrenia: from Epidemiology to Rehabilitation. *Clinical Practice and Epidemiology in Mental Health : CP & EMH*, 8, 52-66. doi:10.2174/1745017901208010052
- 56- Murray, R.M. (2016). Mistakes I Have Made in My Research Career. *Schizophrenia Bulletin*, 43(2), 253–256, <https://doi.org/10.1093/schbul/sbw165>
- 57- Organisation Mondiale de la Santé. (1994). *CIM-10-ICD-10, critères diagnostiques pour la recherche, classification internationale des maladies*. Paris : Masson.

- 58- Paillé, P., (2006). *La méthodologie qualitative*. Paris : Armand Colin.
- 59- Pedinielli, J.-L., & Hauwel-Fantini, C. (2009). Ethique en psychologie clinique. Dans Ionescu, S., & Blanchet, A., *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. (381-396). Paris : PUF.
- 60- Poussin, G. (2005). *La pratique de l'entretien clinique*. Paris : Dunod.
- 61- Selvini-Palazzoli, M. (1975). *Paradoxe et contre-paradoxe*. Paris : ESF.
- 62- Sillamy, N., (2003). *Dictionnaire de Psychologie*.
- 63- van Os, J., Linscott, R. J., Myin-Germeys, I., Delespaul, P., & Krabbendam, L. (2009). *A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder*. doi: 10.1017/S0033291708003814

Annexe N°1 : Guide d'entretien clinique semi-directif.

Informations générales sur le sujet et sa famille

- 1- Quel âge avez-vous ?
- 2- Quel est votre niveau d'instruction ?
- 3- Exercez-vous un travail ? Si oui, lequel ?
- 4- Quelle est votre situation matrimoniale ?
- 5- Vivez-vous seul(e) ou avec votre famille ?
- 6- Combien êtes-vous dans la famille ? Quelle est votre position parmi ses membres ?
- 7- Quels âges ont vos parents ? Quel est le niveau d'instruction de chacun ? Leur situation socio-économique ? Et leurs professions ?

Axe 1) : Informations sur la maladie et l'implication de la famille

- 8- De quelle maladie souffre-t-elle/il ? Si oui : Connaissez-vous déjà ce qu'est la schizophrénie ? Si oui : Que connaissez-vous au sujet de la schizophrénie ?
- 9- Y a-t-il des antécédents psychiatriques familiaux ?
- 10- Quels ont été les premiers signes de la maladie ?
- 11- Quand et par qui ont-ils été constatés ?
- 12- A quand remonte le diagnostic de schizophrénie ?
- 13- Quelle a été votre réaction face à ce diagnostic ?
- 14- Y a-t-il eu des hospitalisations ?
Si, oui : Combien ? Où ? Quand ? Comment ? Et pour quel motif ?
- 15- Actuellement quel type de prise en charge suit-elle/il ?
- 16- Y a-t-il une bonne observance thérapeutique ? Le patient s'en charge-t-il seul ?
- 17- Qui dans la famille aide le plus souvent la/le patient(e) dans sa prise en charge ?

18- Comment votre mode de vie a-t-il évolué depuis le début de la maladie à maintenant ?

19- Y a-t-il eu un changement (progrès) depuis ?

Axe 2) : Informations sur la dynamique familiale

20- Est-ce que vous vous sentez particulièrement proches les uns des autres ?

21- Pouvez-vous discuter de problèmes personnels entre vous ?

22- Parlez-vous souvent entre vous ?

23- Etes-vous souvent ensemble ?

24- Est-elle/il plus proche d'un membre de la famille en particulier ?

25- Qui va-t-elle/il voir en premier s'il a un souci ?

26- Quelle est la contribution de chacun vis-à-vis du malade ? Qui

l'accompagne à la consultation ? Qui lui donne son traitement ? Qui est le plus présent pour elle/lui ?

27- A quelles occasions se réunit la famille généralement ?

28- Comment se déroulent les fêtes religieuses généralement ? Que fait chacun de vous ?

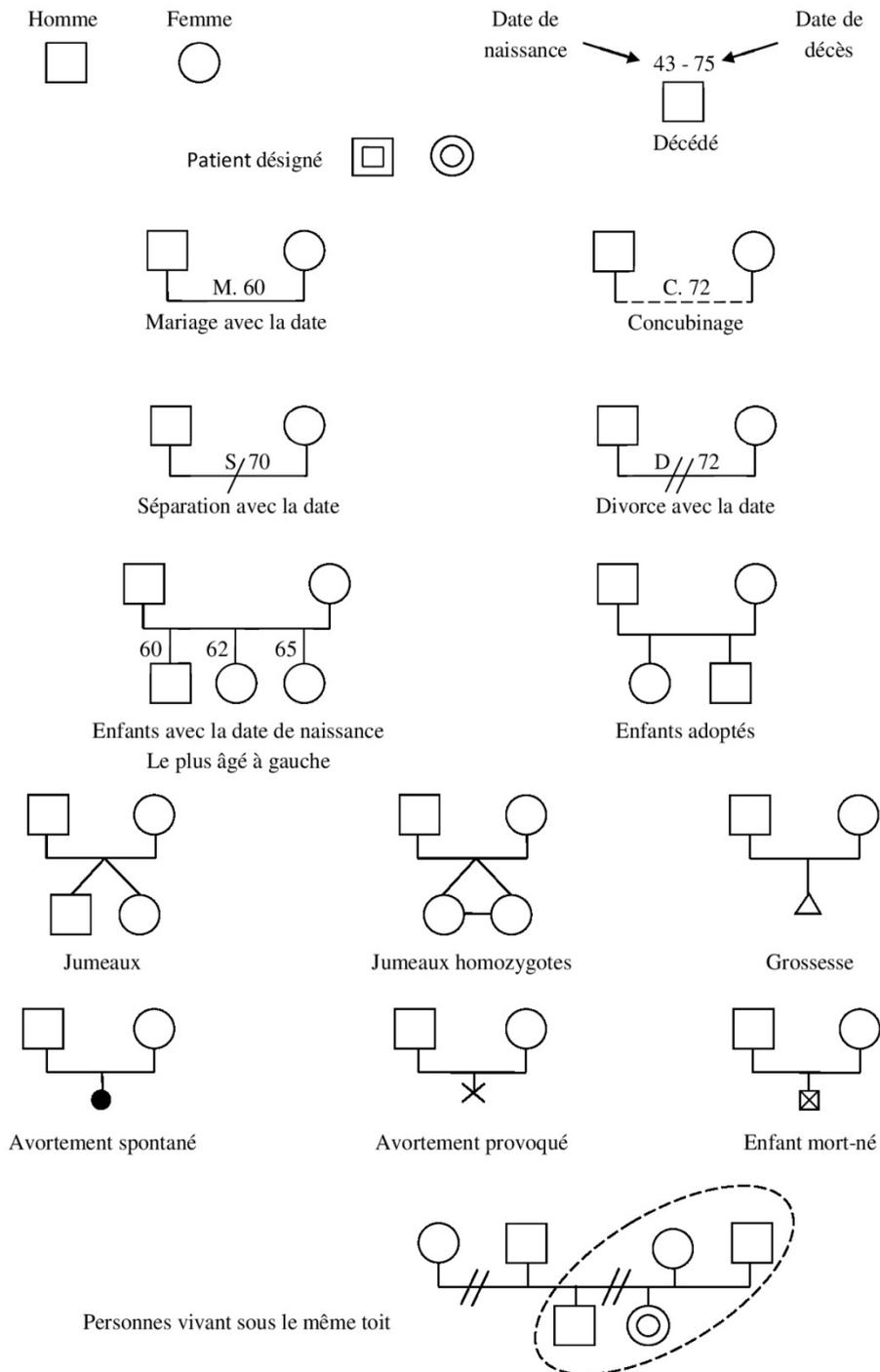
29- Quels ont été les événements importants vécus par la famille ? (notamment les événements de vie douloureux, malheureux, échec, maladies, séparations, deuils, pertes, etc.) Comment cela s'est passé ?

30- En dehors de la famille, y a-t-il une personne proche vis-à-vis du malade ?

Des amis ?

Annexe N°2 : Iconographie du génogramme.

SYMBOLES
(Figurations généralement admises)



Annexe N°3 : Clé de compréhension du génogramme.

Les relations	
	Conflictuelle
	Distant
	Normale
	Proche
	Fusionnelle
	Rupture
	Manipulation
	Focalisé sur
	Proche-Conflictuelle

RESUME

La présente recherche porte sur la « *dynamique familiale des patients schizophrènes* ». Elle s'est déroulée au CHU – Frantz Fanon de Béjaïa, auprès d'un groupe de recherche constitué de 6 patients schizophrènes hospitalisés au service psychiatrique et de leur proche famille. Nous avons adopté une démarche clinique, celle de l'étude de cas et utilisé trois principaux outils : l'entretien semi-directif, le génogramme et le test du *Five Minutes Speech Sample*. Cette recherche tente d'apporter une modeste contribution à l'étude des familles de patients schizophrènes en psychiatrie avec pour objectif de connaître, comprendre et décrire leur fonctionnement et émotions exprimées des familles de schizophrènes. En faisant référence à l'approche systémique, cette étude a révélé pour la totalité de nos cas, la présence d'une dynamique familiale dysfonctionnelle avec haut niveau d'EE pour 4 d'entre eux.

Mots clefs : Dynamique Familiale – Schizophrènes – Hospitalisés – Emotions Exprimées – Approche systémique.

ABSTRACT

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

Keywords: Family Dynamics – Schizophrenic – Hospitalized – Expressed Emotions – Systemic approach.