

Schizophrénie, regards croisés du malade et des membres de sa famille

HADDAD Tlidja, *Doctorante en psychologie clinique*¹

SCELLES Régine, *Professeur en psychopathologie*²

NINI Mohamed-Nadjib, *Professeur en psychologie*³

Date de réception : 26-06-2018

Date d'acceptation : 28-10-2019

Résumé

La schizophrénie est un trouble mental grave qui a un fort retentissement sur la vie psychique des personnes qui en souffrent et sur les personnes qui les entourent.

À l'aide d'une étude de cas d'un jeune couple algérien dont le mari souffre d'une schizophrénie depuis quelques années, cet article expose les représentations convergentes et divergentes de ces deux individus sur la maladie mentale, le traitement psychiatrique, les thérapies traditionnelles et les liens familiaux au quotidien.

Les mots clés : schizophrénie, famille, représentations, maladie mentale, thérapies traditionnelles.

ملخص

الفصام هو اضطراب عقلي خطير، له تأثير قوي على الحياة النفسية للأشخاص الذين يعانون والأشخاص من حولهم. باستخدام دراسة حالة عن زوجين جزائريين شابين كان زوجها يعاني من انفصام الشخصية لعدة سنوات تعرض هذه المقالة التمثيلات المتقاربة والمتباينة لهذين الشخصين في مرض عقلي، علاج نفسي، العلاجات التقليدية والعلاقات العائلية على أساس يومي.

الكلمات المفتاحية: الفصام، الأسرة، التمثيل، المرض العقلي، العلاجات التقليدية.

Abstract

Schizophrenia is a serious mental disorder; it has a strong impact on the psychic life of people who suffer and the people around them. Using a case study of a young Algerian couple whose husband has been suffering from schizophrenia for several years, this article exposes the convergent and divergent representations of these two individuals on mental illness, psychiatric treatment, the traditional therapies and family ties on a daily basis.

Key words : schizophrenia, family, representations, mental illness, traditional therapies.

¹ Université de Bejaia; tlidja.haddad1@gmail.com

² Université Paris Nanterre ; regine.scelles@u-paris10.fr

³ Université Constantine 2 ; nadjib.nini@univ-constantine2.dz

Introduction

La schizophrénie est un trouble multifactoriel qui se caractérise par un large panel de symptômes qui ne lui sont pas spécifiques et de ce fait considérés comme non pathognomoniques.[1] afin de ne pas trop décrire la symptomatologie de ce trouble on renvoie les lecteurs intéressés au manuel de psychiatrie clinique et de psychopathologie de l'adulte [2].

Au quotidien, la personne souffrant de schizophrénie se sent souvent incapable de mener à bien sa vie personnelle, sociale et de garder son travail, notamment lors des rechutes où elle vit une recrudescence des symptômes.

Les relations familiales peuvent être altérées, d'autant plus si la maladie du patient est incomprise et qu'il y a des dysfonctionnements dans la communication intra-familiale.

Afin de comprendre ces processus psychiques qui opèrent chez les familles dont l'un des membres souffre de schizophrénie, le croisement des représentations de la maladie d'un membre de la famille et de celles du patient lui-même a semblé intéressant pour amorcer un début de compréhension du vécu de ces derniers.

L'étude de cas est idéale pour dépeindre la complexité des représentations psychiques des êtres humains, elle permet une mise en tension des idées, croyances et ressentis des individus, la comparaison qualitative des représentations de deux participants-es différents-es est ainsi plus riche et intéressante.

Ainsi, selon Gagnon (2005) l'étude de cas comme méthode de recherche est : "appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à différents phénomènes individuels ou collectifs" p.2 [5]

L'atout majeur de l'étude de cas est d'apprécier un phénomène en profondeur tout en le gardant dans son contexte, c'est pour cela que le choix s'est porté sur cette méthode qui s'accorde parfaitement à la clinique des personnes souffrant de schizophrénie.

Cet article aborde la question des représentations psychiques d'une jeune femme et de son époux souffrant de schizophrénie, à travers le croisement de leurs regards sur la maladie, on veut tenter de comprendre puis expliquer les convergences et divergences de ces représentations et les conséquences de cela dans la vie quotidienne. La rencontre

avec le patient s'est faite dans un contexte auquel il était habitué à savoir le service psychiatrique Frantz Fanon de Bejaia.

Plusieurs éléments intéressants ressortent des entretiens qui ont d'abord subis une analyse thématique manuelle puis une analyse objective via le logiciel Alceste.

1. la psychiatrie et les représentations de la maladie mentale en Algérie

1.1 La pratique psychiatrique en Algérie

Plus d'un million de personnes souffrent de troubles mentaux divers, allant de la névrose (phobies, psycho-trauma, troubles obsessionnels. etc) à la psychose (schizophrénie, troubles bipolaires, dépersonnalisation. etc) en passant par les états limites (dépressions, psychopathies...) qui étaient considérés comme rares chez les algériens auparavant, ce serait des retombées et conséquences du terrorisme.

A coté de cela, on compte seulement 16 hôpitaux psychiatriques pour tout le territoire national (2 381 741 km²) qui compte 48 wilayas, avec une capacité de 4800 lits, et 615 médecins psychiatres pour 39,21 millions en 2013, 18 services psychiatriques sont en projet depuis des années.

En 2009 le Professeur Kacha disait lors d'un entretien au quotidien national le soir d'Algérie ceci : « Il n'existe pas de politique de santé mentale en Algérie, probablement, parce que les responsables successifs du secteur ont été rebutés par cette pathologie qui leur renvoie l'image d'une souffrance humaine sur laquelle ils n'ont guère de prise...». Malheureusement, cet état d'absence de régulation des pratiques psychiatriques en Algérie, sème une grande anarchie dans les différentes structures.

Les psychiatres aspirent et font le maximum pour atteindre les standards internationaux dans la prise en charge des patients algériens souffrants de maladies mentales, selon le type de trouble, le traitement médicamenteux est adapté.

1.2 Les représentations de la maladie mentale en Algérie, Entre modernité et tradition ?

Les pays du Maghreb tendent de plus en plus vers les soins de santé moderne ; plus les individus sont instruits, plus la société évolue vers des pratiques préférentielles pour la médecine et la psychiatrie modernes. Bien que, dans les milieux populaires les

coutumes traditionnelles de soins restent majoritaires ou complémentaires aux soins médicaux.

Ces traditions de soins ancestrales, se transmettent de génération en génération, par voie orale ou écrite, démontrant parfois une action positive, au moins partielle, sur des maladies organiques, affections psychiques diverses, contenues dans des savoirs traditionnels.

Ces pratiques de soins sont liées à des représentations sociales de la maladie et de son étiologie, spécifiques aux pays du Maghreb, et ce dans le but de préserver la pensée groupale consciente et inconsciente des angoisses qui émergent face aux diverses maladies et leurs symptômes.[8].

La croyance musulmane, entre autres, influence grandement les représentations des maladies tant physiques que psychiques qui peuvent toucher l'individu, ainsi, la pensée religieuse musulmane, envisage la souffrance et la maladie en général comme le fait du destin écrit déterminé, causées par des forces naturelles ou surnaturelles, une mise à l'épreuve de Dieu pour mesurer la sincérité de la foi et de la piété, aussi bien du malade que de ses proches (parfois même de toute la société) qui doivent l'entourer et le soutenir lors de cette épreuve. Plus leur résistance est grande, plus leur foi est robuste et mieux ils seront récompensés par Dieu.

En ce qui concerne les maladies mentales, le religion musulmane a une représentation originale de la "folie", dans le coran par exemple le terme le plus utilisé, est celui de « majnoun » qui est interprété souvent à tort comme « possédé par les jnouns » alors que le vrai sens de ce terme est « celui dont la raison est voilée ». Le terme « djinn » qualifie un être surnaturel, qui peut être bon ou mauvais, croyant ou non croyant.

La croyance en la possession, que telle maladie est induite par un esprit malin ou malveillant. L'islam reconnaît aussi l'existence de la sorcellerie, de la magie, de la voyance, de l'art divinatoire et de l'astrologie mais qu'il interdit et combat fortement, cela n'empêche pas que ces pratiques de sorcelleries subsistent jusqu'à nos jours, en raison de rituels antéislamique qui influencent encore certaines croyances. Le sorcier, le marabout ou le charlatan, s'associe aux démons, invoque génies du monde invisible afin

de lancer ses envoutements. Ces sortilèges sont accusés de causer des troubles d'ordre physique, relationnel et psychologique. [2].

2. Population et méthodologie de recherche

2.1 Lieu de la recherche

Cette recherche a été effectuée au niveau du service psychiatrique Frantz Fanon de Bejaia, pour des raisons de confidentialité, le lieu exact de la rencontre est omis ainsi que les vrais noms des malades et des membres de leur famille, tous ceux mentionnés sont des prénoms de substitution.

2.2 La population de recherche

Quatre familles ont accepté de participer à la recherche, des entretiens de recherche et la passation du FAST(Family System Test[6]) se sont déroulés avec deux membres de chaque famille : le patient souffrant de schizophrénie (de sexe masculin uniquement, âgé entre 25 et 50 ans) et un membre de sa famille que lui-même a choisi (des adultes de + de 18 ans peu importe le sexe), ce qui fait en tout huit participants-es. Le choix de la population s'est porté sur les patients et non les patientes malades vu que le statut de la femme et celui de l'homme ne sont pas les mêmes au sein de la société algérienne, les projections et les conséquences du trouble schizophrénique sur la vie des deux sexes et les relations familiales sont foncièrement différentes.

3.3 La méthodologie et les outils de recherche

Pour cette recherche, la méthode utilisée est l'approche clinique, celle-ci étant la plus à même de saisir les aspects psychologiques spécifiques à chaque individu.

L'entretien clinique et l'observation sont les techniques idéales pour observer comprendre ces processus psychiques.

Pour cela, et en guise de pré-enquête des observations participantes des relations familiales dans le contexte particulier des visites quotidiennes des familles aux patients hospitalisés ont été effectuées. Elles ont permis une familiarisation avec le milieu des urgences psychiatriques, la rencontre avec la souffrance des malades et de leurs familles et une meilleur compréhension des relations :personnel soignant/malades/famille. Plusieurs constatations en sont ressorties et ont aiguillé la suite de la recherche. Notant que ces observations n'ont pas eu lieu au moment où les participants à la recherche étaient hospitalisés (les quatre familles participants à l'étude).

Suite à cela des entretiens semi-dirigés ont été conduits afin de déterminer le vécu subjectif des participants concernant la schizophrénie : la perception de la maladie et de son étiologie, les changements qui se sont opérés depuis l'apparition du trouble et les sentiments qui y sont associés, le parcours de soin (réussites et échecs) et les

thérapies traditionnelles, les stratégies d'adaptation aux difficultés rencontrées au quotidien et lors des rechutes, la perception de la famille et de son rôle dans la prise en charge de la maladie et la projection sur l'évolution de la maladie et des relations familiales.

À chaque fin d'entretien, est proposée la passation du test FAST, celui-ci étant basé sur l'approche systémique des relations familiales, il a servi à déterminer les représentations de la famille selon trois situations : ordinaire, idéale et conflictuelle. Ce test détermine les niveaux de hiérarchie, de la cohésion, des coalitions intergénérationnelles et des structures familiales pour chaque participant.

La lumière a été mise sur le croisement des représentations entre la malade et le membre de sa famille qu'il a par ailleurs choisi, sur la maladie et ses répercussions sur les relations familiales.

Dans cet article, nous avons choisi d'exposer le cas d'une des familles rencontrées, le choix s'est porté sur celle-ci en particulier vu la spécificité qu'elle comporte à avoir en son sein trois membres souffrants de troubles psychiatriques sévères et le fait que le malade rencontré soit marié et père de deux enfants, ce qui est assez rare dans la population générale des schizophrènes rencontrés durant la pré-enquête.

3. Données recueillies et résultats

3.1 Présentation du cas de la famille B

La famille B est constituée de dix membres, les parents mariés, six garçons dont quatre sont mariés et vivant en dehors de la maison familiale, le patient souffrant qui est marié et vit dans la maison familiale avec son épouse et ses deux enfants, et le cadet des garçons qui est célibataire, vivant dans la maison familiale et suivi depuis quelques années pour trouble du comportement, et deux filles dont l'une est mariée vivant dans son propre foyer et l'autre étant célibataire vivant chez ses parents, souffrant d'un trouble psychiatrique chronique.

Amine a 32 ans, il est l'avant dernier de la fratrie, c'est lui le patient qui souffre de schizophrénie, il est marié et a deux enfants, ils vivent avec son épouse dans la maison familiale, il travaille comme manœuvre et souffre du manque de travail. Le diagnostic de schizophrénie a été posé depuis trois années environs.

Lors de la présentation de la recherche, il montre de suite un grand enthousiasme : « depuis le temps que j'attendais cela ! ».

Louisa a 26 ans, elle est l'épouse d'Amine et mère de ses deux enfants, elle est mère au foyer.

Il est clair que lors de la rencontre avec cette petite famille, entretiens et passations de test se sont fait avec la maman et le papa, chacun individuellement. Cependant, les deux petites filles ont participé à cette rencontre à leur manière, en dessinant sur une dizaine de feuilles tout ce qu'elles avaient à dire ou auraient aimé exprimer.

3.3 Analyse du cas

3.1 L'entretien avec Amine

3.1.1 Les relations familiales perçues par Amine

Amine évoque très difficilement les relations familiales avec ses frères et sœurs, lorsqu'il les décrit elles sont systématiquement conflictuelles :

« Euh.....pour vous dire...en, euh toujours ça ne va pas, même entre nous » « Je ne sais pas....peut être qu'eux aussi sont malades... »

Sachant qu'Amine a une sœur plus âgée que lui et son frère cadet qui souffrent aussi d'un trouble psychiatrique.

En lui demandant comment sont les relations avec ses parents, Amine passe très vite sur cette question pour revenir à ses relations avec ses frères :

« maintenant, ça va mieux...mes frères, ils sont mauvais, en quelque sorte, parce qu'ils te disent t'es malade, ils te prennent à l'hôpital et une fois sortit, ils ont de la rancœur envers moi.... »

On voit ici une souffrance profonde d'Amine par rapport à sa fratrie, un vécu de persécution et d'incompréhension, une sorte de double bind (A) dans les relations fraternelles, un jeu de force entre "tu es malade" mais on te considère comme

“responsable” de tes actes au moment des crises psychotiques et donc tu dois être “puni” :

« heu....ils ne viennent pas chez moi déjà, c'est à eux de venir puisque je suis malade...oui...voilà »

Ainsi, on a remarqué qu’Amine et son épouse vivent dans un isolement profond, les deux n’ont pas de vie sociale en dehors de la petite famille et les deux sont isolés par rapport à leur famille d’origine, aussi dans l’extrait précédent, Amine semble demander des bénéfices secondaires quant à son trouble.

En abordant plus loin dans l’entretien le sujet des conflits familiaux avec Amine il parle de la maison familiale comme d’une “personne souffrante” :

«déjà on habite une maison qui a un problème...on était trois...et quand ils viennent, ils ont un doute, comme si moi je vivais avec mon père....après il y a trop de cris....et ça ne va plus....»

La famille, la maison familiale sont vécues comme des objets persécuteurs, une forte projection sur la maison qui est surinvestie par Amine et son épouse et probablement par les autres membres de la famille d’origine d’Amine mais en même temps lieu de tous les conflits, tensions et rivalités. La notion de chaos (B) revient également avec ces cris et ces doutes autour de la maison.

En évoquant ses relations avec son frère souffrant de psychose, Amine évoque plus facilement son vécu auprès de lui, de l’histoire de sa maladie, qui est étroitement liée au déclenchement de la sienne, on note une vulnérabilité génétique très élevée et une grande intolérance psychique au stress :

« ...déjà c'est lui qui est tombé malade le premier.... »

On voit bien cette angoisse de persécution partagée, selon Amine par les trois membres de la fratrie souffrants de troubles psychotiques, ce qui est aussi important c’est que quand Amine parle de son frère il parle de suite de lui-même, comme pour dire on est différents tout étant pareils, une forte identification à ce frère souffrant. La notion de souhait de psychose de Searles extraite d’Azoulay (2002) pourrait être posé comme hypothèse, Searles en travaillant avec des patients avant de tomber eux-mêmes malades avaient connu l’hospitalisation d’un parent pour psychose, a constaté à

plusieurs reprises que ces derniers se sentaient coupables de ‘‘souhaits de psychose’’ refoulés.[1]

A propos de sa sœur psychotique, Amine semble plus distant vis-à-vis d’elle, bien qu’il s’identifie aussi à elle, à son trouble et aux facteurs de déclenchement de la maladie :

« ...j’ai aussi ma sœur qui est malade »

« ...comme nous ».

3.1.2 Qu'est-ce que Amine dit de ce qui le fait souffrir

3.1.2.1 Dans l’hôpital

Le discours d’Amine à propos de son vécu dans l’hôpital est chargé de mots signifiants la souffrance, sentiment de faiblesse, de maltraitance, d’enfermement et de non prise en compte de sa parole :

« avant, j’étais bien, j’étais en forme, que ce soit par rapport à la santé et tout...j’étais bien...oui...c’est depuis que j’ai pris les piqûres du premier jour que je commençais à faiblir... »

Son expérience d’enfermement en chambre d’isolement, qu’il qualifie ici de « cellule » a été une épreuve dure d’un point de vue psychologique, vu que ça a alimenté son délire de persécution et l’angoisse de morcellement :

« ...je ne m’en étais pas rendu compte, je me suis réveillé, je me suis retrouvé dans la cellule... » « j’ai fait la prière...je me disais peut être qu’ils vont me tuer ...».

D’un autre côté Amine reste choqué que son avis quant à son hospitalisation n’est pas pris en compte par l’hôpital, vu que les membres de la famille peuvent signer un accord d’hospitalisation sans demander l’avis du patient :

«...nous le problème ici c’est que votre frère peut venir signer heu...c’est bien cela... » .

On note aussi un vécu de monotonie au cours des hospitalisations, une atmosphère de prison dans l’hôpital, un sentiment d’enfermement :

« hein....ils sont bons....moi je les vois bien....par contre on s’ennuie beaucoup....lorsqu’on se réveille le matin, il vous

donne le traitement...vous le prenez et vous endormez directement, après ils ferment la porte... ».

3.1.2.2 Dans la famille

Amine vit les conflits familiaux comme un facteur d'aggravation de son trouble, les aides apportées par sa famille d'origine ne sont mentionnées à aucun moment et il se perçoit comme étiqueté de 'fou' par les membres de sa famille :

« des fois tu parles comme ça peut être sur des choses vraies....ils disent on va appeler la police, les pompiers....oui, cela aggrave cette maladie » « ...mais on ne lui donne pas toujours le titre de Mahboul (fou)...même à la gendarmerie, ils leur disent que je suis un mahboul ».

Par rapport à la relation avec son épouse, Amine la décrit comme contenante et forte, basée sur une compréhension mutuelle, mais dans son discours on voit que l'attention et les sacrifices sont plus consentis par l'épouse que par lui, et cela se confirme aussi dans l'entretien avec l'épouse :

« heu...de mon côté, je fais tout pour comprendre la situation et m'adapter » « bien, maintenant on est bien....on s'entraide mutuellement, elle a compris ce que c'était ma maladie....elle me comprend »

On voit aussi qu'il adopte avec elle une posture autoritaire, paternelle voire sadique qui est source de souffrance pour l'épouse, qui en même temps alimente inconsciemment l'attitude de son mari par une posture masochiste dans sa soumission entière :

« ...je lui dis toujours il faut m'obéir...quand je te dis quelque chose... ».

3.1.2.3 En dehors de la famille

Amine ne semble pas souffrir du regard des autres personnes en dehors de sa petite famille et de la famille élargie, son récit est teinté d'idées mégalomaniaques en référence au savoir qu'il dit détenir sur la religion et de la parole de Dieu qu'il pense devoir distribuer aux autres avec un délire mystico-religieux très riche:

« aux chrétiens...je leur ai montré le chemin....il y a même des gens qui le savait...après ils me disaient t'es fous et

tout....ils ont un peu aggravé mon état...un va dire que c'est chaytane (Satan) qui lui parle....chacun ce qu'il dit » « je pense que c'est entre moi et Dieu, c'est tout » « Un son qui venait du ciel...ou je ne sais pas d'où...c'était la voix d'un homme...il m'a demandé de leur dire : je suis venus à vous sans savoir pour vous faire savoir...comme ça exacte...heu...après cela j'ai trépané directement... ».

Ce qui le fait souffrir en fin de compte c'est que sa parole soit systématiquement remise en cause par les autres :

« ...si tu dis quelque chose, il te dit ne parle pas».

3.1.3 Les troubles schizophréniques

Amine perçoit sa maladie comme un trouble réversible, don de Dieu qui finira par partir avec sa volonté unique, il décrit son trouble comme étant une impasse face à un dilemme du choix de sa religion et une rencontre avec un être divin qui lui a fait perdre la raison :

« j'étais coincé, écouter la religion musulmane ou bien écouter l'autre.....après c'est là qu'elle m'a attrapé (la maladie).... » «après Dieu a donné la maladie...après quand ils m'ont emmené....c'est ce que j'ai dit exactement, ils m'ont fait des injections... » «là maintenant, je me vois normal, je suis malade et je prends mon mal en patience, inch Allah Dieu me donnera la guérison ».

Les symptômes de la schizophrénie sont perçus par le patient comme exogènes, venant s'introduire dans son cerveau telle une fine poussière mais qui fait des ravages une fois introduite dans le cerveau :

« ce traitement retire la poussière du cerveau...des fois j'ai l'impression que la poussière entre en moi...» « c'est la même chose que m'a dit le contrôleur de la CNAS (caisse nationale d'assurance santé) il a dit tu prends le traitement la poussière partira, même le sommeil se rétablira et tu dormiras tout à fait normalement, tu ne réfléchiras plus...parce que j'ai ».

Il parle à la fin de l'extrait d'un choc, une fois de plus pour signifier que ce mal est extérieur, il origine en dehors de sa psyché :

« Oui...je suis devenu peureux, j'avais peur de Dieu...c'est comme ça... ».

3.1.4 Comment sont vécues les thérapeutiques

Amine considère le traitement psychiatrique comme un complément à la volonté de Dieu, c'est-à-dire que les médicaments permettent de nettoyer : les ruminations ou les automatismes mentaux, la peur de Dieu " le choc" et les insomnies, par contre, il a conscience que le traitement ne permet pas une guérison, il a bien compris que c'est une maladie chronique qui nécessite une prise de traitement continue .

3.1.5 Thérapie traditionnelle

Amine considère les thérapies traditionnelles, ici la Rokia comme une expérience calmante et favorable à un meilleur état d'esprit, peut-être que cela lui permet aussi d'avoir moins peur de Dieu, vu que le thérapeute traditionnel est considéré comme un pieux, une personne portant la parole de Dieu et un conseiller, ça doit avoir pour lui une fonction purificatrice :

« oui...j'y vais...à la rokia charaia (la rokia prescrite par la religion)...oui je la fait régulièrement... »

« ...déjà moi je n'y crois pas....le sihr (sorcellerie) et tout, pour moi c'est du chirk bi Allah (donner un allié à Dieu)...c'est vrai que la Rokia est bienfaisante, je la fait.....au début de ma maladie les gens ont dit que peut être j'étais possédé par un Djinn...plusieurs me l'ont dit mais pour moi, non....je sais que ce n'est pas cela ».

Amine écarte définitivement la possibilité d'une cause surnaturelle à sa schizophrénie, en se considérant comme une personne communicante bien qu'elle soit souffrante, contrairement à une autre personne qui serait sous l'emprise d'une créature malveillante ou d'un médicament "mauvais", on voit bien ici l'image que le patient a du traitement psychiatrique qui peut rendre une personne "étrange" :

« ça, c'est une maladie voulue par Dieu....quelqu'un qui est possédé on ne pourrait même pas parler avec lui....peut être qu'il est possédé...peut être aussi c'est le médicament qui ne

lui convient pas....moi c'est comme ça que je vois les choses »

À la fin de cet extrait on voit bien que le patient est intransigeant quant aux idées qu'il a en se positionnant comme radical dans son avis, ce qui montre une certaine rigidité de la pensée.

3.2 Entretien avec Louisa

3.2.1 Les relations familiales perçues par Louisa

Louisa associe la famille à l'espace entre belle famille et la petite famille, comme si le fait de vivre avec, mais en même temps séparée de la belle famille, déterminait tout le fonctionnement de son foyer :

« ...on vit avec les beaux-parents, le beau-père et la belle-mère.....mais on a séparé en quelque sorte ».

Cet extrait montre aussi une certaine honte vis-à-vis de cette situation, être contraint de vivre dans deux pièces est pour elle source de souffrance.

En évoquant avec elle le quotidien, elle associe directement sur les conflits familiaux, qui régissent véritablement le fonctionnement de la famille élargie, en déniait la réalité mais celle-ci reprend surface juste après, tant les conflits sont présents au quotidien et du fait de l'irritabilité et de l'intolérance à la frustration de son époux à laquelle il répond systématiquement de manière agressive :

« les bagarres on ne se bagarre pas....mais si quelqu'un l'énerve il se battra (le mari) ...s'il demande quelque chose et qu'on lui refuse il va s'énerver.....alors on lui fait tout ce qu'il veut».

En abordant avec elle son anxiété apparente et le fait qu'elle ne sache plus mettre de mots sur sa souffrance :

« Je ne sais plus quoi dire ».

Elle décrit une certaine coalition intergénérationnelle entre le mari et la petite dernière, celle-ci sera la préférée de son père et ferait l'objet d'une attention particulière et d'une surprotection de sa part :

« c'est la plus jeune qu'il aime plus que la grande, il dit c'est elle la plus jeune alors...c'est elle que j'aime le

plus....l'autre aussi il l'aime il fait tout ce qu'elle lui demande mais l'autre c'est plus.....tout le temps il me dit ne leur crie pas dessus, ne les frappe pas...c'est tout ».

Les relations familiales au sein de la petite famille sont dysfonctionnelles dans le sens où il y a le sous-système enfant, le sous-système conjugal ou le mari exerce une forte autorité sur son épouse et le sous-système parental où c'est le père qui détermine tout le fonctionnement familial et lui interdit d'exercer une quelconque autorité sur leurs filles et ne souhaite pas mettre de limites à ces filles. C'est un jeu de force assez toxique pour le couple et pour les enfants.

3.2.2 Qu'est-ce que Louisa dit de ce qui la fait souffrir

Louisa évoque une grande souffrance par rapport au doute quant à la guérison de son époux, du fait qu'il soit très autoritaire, jaloux et possessif envers elle :

« parfois mon cœur me dit qu'il n'est pas guéri...lorsque je lui demande une chose et qu'il me la refuse...la fenêtre, il me dit ne regarde pas dehors »

On note une relation de soumission relativement importante de cette femme à son époux, un certain infantilisme et du masochisme aussi, d'autant plus qu'elle est très isolée, d'une part par rapport aux membres de sa belle-famille mais aussi de sa propre famille d'origine qui ne lui apporte aucune aide, aucun soutien ni moral ni financier et d'autre part le fait qu'elle n'ait aucune amie, voisine à qui se confier en toute liberté . Ce qui semble aussi être source de souffrance pour elle c'est son mariage avec Amine à un très jeune âge D'autant plus que la première grossesse de Louisa se soit déroulée dans des conditions de litige avec la justice pour faire établir un acte de mariage civil, vu que le couple n'était marié que religieusement à ce moment-là.

Le 'qu'en dira-t-on' empêche Louisa de quitter son époux bien qu'elle en ait envie, le fait que ce soit son cousin n'arrange pas les choses, vu qu'elle serait accusée de semer Le trouble dans la famille en voulant rompre avec lui, on sent une grande souffrance, une honte et un fort sentiment de culpabilité, d'autant plus qu'elle dépend financièrement de son mari :

« je me dis je vais le quitter...mais on me dit c'est une maladie tu ne peux pas le quitter, quand il était en bonne santé tu ne l'as pas quitté...ça ne se fait pas de le

quitter....c'est ce qu'ils me disent...alors je me tais et je laisse passer....c'est tout ».

On voit que sa famille d'origine ne lui apporte aucun soutien, bien au contraire, elle renforce son sentiment de culpabilité et encourage sa soumission à son mari :

« ma mère me dit que c'est le bon Dieu qui lui a donné cette maladie et que ce n'est pas grave, prends sur toi et fais tout ce qu'il te demande de faire.....mon père aussi c'est ce qu'il me dit parfois ».

3.2.3 Les troubles schizophréniques

Bien qu'étant la première personne cohabitant avec son époux, supportant tous les symptômes de la schizophrénie et notamment le délire paranoïde, Louisa semble méconnaître la maladie et ne souhaite pas en savoir plus, elle administre le traitement à la lettre, suivant l'ordonnance du psychiatre sans chercher à comprendre les effets des médicaments sur le trouble de son époux.

Les troubles sont perçus comme étranges, transformant son mari en une personne imprévisible, dangereuse et source de honte et de culpabilité, elle se soucie effectivement plus du "qu'en dira-t-on" que de la souffrance qu'engendre la schizophrénie :

« comme la première fois où il était malade...après il disait moi je ne suis pas musulman, je suis juif ...après il allait chez eux...ce sont des chrétiens ou je ne sais quoi» « d'un coup il rechuté tout seul...il est redevenu comme il était, il disait des mots obscènes ... des obscénités tout ce qu'il lui passait par la tête il le disait ... il est re-rentre à l'hôpital et il en est ressortit pour la troisième fois »

« je ne sais pas si c'est à cause de la maison ou bien c'est venu de Dieu uniquement....comme ils me disent que c'est la dépression comme il se fâcheet quand l'être humain se fâche et part dans ses pensées si c'est cela je ne sais pas ».

Après, en ce qui concerne l'étiologie du trouble, Louisa considère les déceptions et les conflits familiaux comme les principaux responsables de la schizophrénie de son époux:

« je pense que ce sont les déceptions, les conflits....des déceptions comme ça je pense, si je ne me trompe pas que c'est cela la raison...pour laquelle il a attrapé cette maladie ».

Il y a la notion d'héritage familial qui est souligné ici par Louisa, avec tous les contenus inconscients que ce concept revêt dans une famille patriarcale, ne pas avoir droit à une part de ce lègue familial revient à ne pas être considéré comme un "homme responsable" d'abord, puis comme un digne héritier de la terre familiale.

On remarque aussi qu'elle ponctue presque toutes ses fins de phrases par "c'est tout" ou bien "c'est tout ce qu'il y a" comme pour se limiter dans son discours et ne pas révéler certaines choses, utilise souvent la phrase "je ne sais pas" et aussi dans une tentative de dédramatisation des événements et du ressenti associé.

Louisa pense que le trouble dont souffre son mari est une dépression, selon ce que la psychiatre a dit, en opposition au beau-frère qui est atteint d'un trouble induit par des substances :

« Maintenant je ne sais pas pour l'autre si c'est une dépression ou bien la drogue...mais après qu'elle ait bien cherché et que maintenant il est totalement guérit...ils ont dit c'est vrai que c'est la drogue...maintenant il suffit qu'il reprenne de la drogue et rebelote il revient à zéro, même s'il prend son traitement.....lui par contre il ne boit pas et il ne se drogue pas je ne sais pas comment ».

Louisa semble inconsciemment avoir peur que la maladie mentale soit héréditaire dans sa belle-famille, ayant deux petites filles avec son époux, l'éventualité que ses filles en soient un jour atteintes de ce mal doit sûrement la hanter insidieusement :

« c'est son frère...après je pense deux ou trois mois après c'est lui... ils ont aussi une fille qui est malade ...et ils ont un autre frère ...qui est aussi malade....mais je ne sais pas ».

En disant "mais je ne sais pas" comme si elle voulait dire "mais je préfère ne pas savoir" ou bien "je n'ai pas besoin de savoir".

Ce qui nous fait revenir à l'idée première de Louisa qui doit considérer en fin de compte la problématique familiale du partage injuste de la terre en héritage en

association avec le déploiement de la maladie mentale au sein de cette famille de manière inexplicée donc ‘‘injuste’’ également.

3.2.4 Comment sont vécues les thérapeutiques

Louisa considère les hospitalisations comme une protection pour son époux, une protection qui empêcherait les autres de lui faire du mal au moment des rechutes et une protection des autres de l’agressivité et de l’imprévisibilité dont il peut faire preuve lors des crises schizophréniques et en même temps un moyen de se déculpabiliser du ‘‘qu’en dira-t-on’’ des autres, l’hospitalisation a donc selon elle une triple fonction de protection, puis à la fin elle évoque l’action de soin de l’hôpital :

«je me dis que c’est une maladie qu’il va guérir...qu’il est à l’hôpital mieux qu’il ne traîne dans les rueson ne peut pas savoir quand il n’a plus sa tête, il peut tuer quelqu’un, se battre avec une personne...lui il ne sait pas ce qu’il dit mais la personne en face n’en sait rien....c’est tout ce que je me dis...mieux qu’il ne se batte avec quelqu’un ou que quelqu’un le frappe.... »

« , une fois que les gens l’auront ramassé ils diront qu’on n’a pas bien pris soin de l’emmener à l’hôpital, qu’ils ne l’ont pas soigné... ».

Il y a aussi dans cet extrait de Louisa une forte fantasmatique violente autour de son époux et plus spécifiquement du trouble de celui-ci, les images qu’elle décrit de meurtre, d’accident de voiture et de violence semblent avoir une fonction fantasmatique de décharge de pulsion agressives pour elle, une envie inconsciente de mort pour le trouble de son mari.

3.2.5 Thérapie traditionnelle

Louisa est assez mitigée quant à l’évocation d’une éventuelle origine surnaturelle des troubles de son mari, le recours aux soins psychiatriques préférentiellement semble être un choix pragmatique, vu que la première thérapie traditionnelle à laquelle le couple a assisté n’a rien donné, ce qui semble assez intéressant c’est que le couple continue d’aller consulter ensemble un autre thérapeute traditionnel régulièrement tandis qu’elle n’accompagne pas son époux aux consultations psychiatriques :

« ...on l'a emmené chez un homme, c'est un Raki, on ne sait pas si c'est vrai mais il nous a dit que ce sont les chayatinnes (diabes) qui lui parlent...on ne sait pas...même lui (le mari) il a dit que le Raki ne l'a pas soulagé.....depuis on ne l'a plus jamais revu »

« ...et pour la rokia, on y va que lui et moi...lorsqu'il veut avoir de l'eau coranisée je l'accompagne chez le Raki » « il lui donne de l'eau et il lui demande de la boire...c'est tout.....après y en a qui disent qu'il a mangé de la sorcellerie et d'autres ...chacun ce qu'il dit à ce propos... »

D'autre part, on voit aussi que Louisa a un grand doute quant à une éventuelle sorcellerie de son époux et même par rapport aux autres membres de sa belle-famille atteints de troubles psychiatriques :

« ...je n'en sais rien s'il a mangé quelque chose, moi je n'ai rien vu et pour dire qu'il n'a pas mangé je ne sais pas...c'est vrai queje ne sais pas moi s'il les a mangé ou pas...après à la maison ils disent que c'est la sorcellerie qui leur a fait perdre la tête....après je ne sais pas... ».

Données d'Alceste, Les croisements ALCESTE des entretiens de Louisa et d'Amine donnent cela :

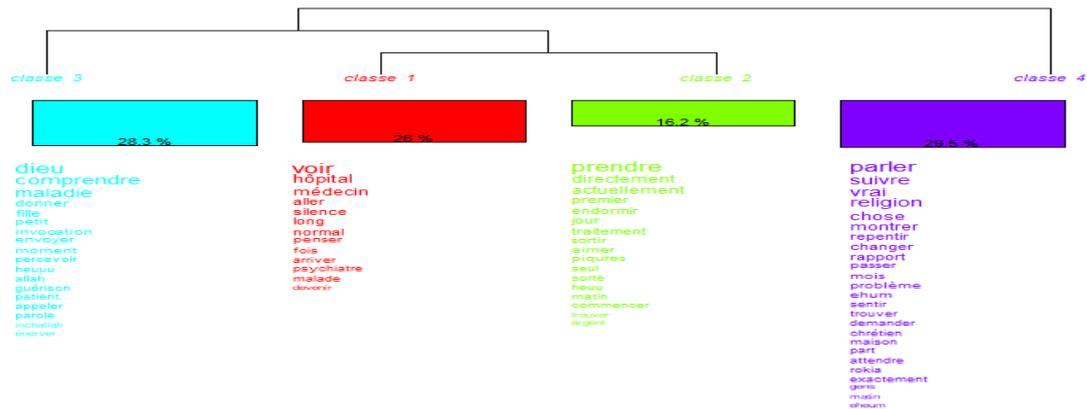
Celui de Louisa: Graphique 1



Ce graphique montre ce sur quoi se focalise l'attention de Louisa : d'abord c'est une femme qui est dans la résistance à évoquer son ressenti ce qui se manifeste dans son discours par de longs silences, ces moments de réflexion sont souvent suivis des thèmes tels que : vivre, famille, réfléchir, beau parent...et c'est la classe qui obtient le

plus grand pourcentage à savoir 28,9 % du discours. Ensuite la deuxième classe la plus importante est celle qui est associée au terme : Maison, Louisa la relie systématiquement aux mots : venir, changer, rechuter ... la maladie et les rechutes de son époux sont directement associées à la maison et à son environnement chaotique.

Celui d'Amine (graphique 2) montre les thématiques qui reviennent le plus dans son discours :



On voit bien grâce à ce découpage, qu'Amine est centré sur sa personne, sa maladie et son délire mystico-religieux. Ainsi, dans la plus grande classe on retient le mot parler, associé aux termes suivre, vraie religion, chose, montrer, repentir...une fixation sur sa 'mission' sur terre à savoir guider les autres vers la 'vraie religion'. La deuxième classe reprend les termes Dieu, comprendre, maladie, donner...ceux-ci renvoient au refus d'Amine de chercher les causes objectives à sa souffrance et s'en remet entièrement à la volonté divine. La troisième classe renvoie aux mots liés aux soins : voir, hôpital, médecin...cette classe montre l'existence de grandes résistances à l'évocation de la souffrance qui entoure les soins psychiatriques avec l'apparition de plusieurs temps de silence.

4. Discussion des résultats

Louisa et Amine se rejoignent sur plusieurs points mais sur d'autres points, ils ont des représentations complètement différentes.

Les relations familiales sont vécues par le couple comme conflictuelles et source de souffrance au quotidien :

La famille, la maison familiale et les terres de la famille font objet de projections destructrices, considérées comme des objets persécuteurs. Les relations d'Amine avec

sa sœur et son frère souffrants de psychose sont plus étroites, ils forment une sorte de sous-système familial de membres atteints d'un trouble psychiatrique.

Les conflits familiaux sont considérés comme la source principale de l'aggravation de la maladie d'Amine, les membres de sa famille le traitant de "fou" et delà toute la société le voit ainsi.

En ce qui concerne la relation avec son épouse, Amine évoque une compréhension et une solidarité mutuelle, occultant ainsi la souffrance de Louisa, qui fait tout pour ne pas le frustrer.

Pour Louisa, les relations familiales avec sa belle-famille sont complètement rompues, elle se sent isolée et rejetée. Par rapport à sa famille d'origine, Louisa se plaint de leur absence et du manque qu'elle ressent vu qu'elle leur rend rarement visite et réciproquement. Au sein de leur famille nucléaire, elle évoque une coalition intergénérationnelle entre son mari et leur deuxième fille, elle se plaint du désaccord avec Amine sur l'éducation de leurs deux filles. Considérant que ces filles ont besoin de limites contrairement à Amine.

Ce qu'ils disent de ce qui les fait souffrir

Amine est centré sur ses troubles, son angoisse de persécution et ses conflits avec sa famille d'origine de laquelle il n'arrive toujours pas à se détacher, occultant les sentiments de son épouse et surprotégeant ses deux filles, il souffre du fait que sa parole soit systématiquement remise en cause, au sein de l'hôpital, et au cours de ses multiples hospitalisations, Amine a souffert de l'hospitalisation sous contrainte et du caractère frustrant de la non-prise en compte de sa parole de patient souffrant, il a développé suite à cela un délire de persécution qui a engendré des idées mégalomaniaques, ce qui lui a permis de tenir psychologiquement face à l'isolement, le délire ici peut être considéré comme une tentative de guérison. En même temps, Amine évoque des relations positives avec ses pairs, il a noué de fortes relations avec certains patients hospitalisés.

Louisa est une jeune épouse complètement désemparée, à certains moments de l'entretien on voit des signes de dépression, une grande tristesse manifestée par des pleurs, un fatalisme quant au trouble de son époux et une peur de l'avenir en évoquant le futur de ses filles, cela peut être expliquée par l'attitude possessive et autoritaire, voire sadique de son époux envers elle, alors qu'elle se soumet et se laisse envahir par les délires d'Amine, elle s'efface complètement pour le satisfaire.

Louisa vit un déficit de soutien de toute part, isolée et sans ressources elle dépend de son époux et ne trouve pas le moyen d'occuper une place importante au sein de son foyer.

Le trouble schizophrénique

Amine dont le délire mystico-religieux est enkysté bien qu'il soit stabilisé sous traitement neuroleptique, considère son trouble comme un "don de Dieu", une étape à franchir qui s'arrêtera grâce à Dieu exclusivement. Les symptômes sont considérés comme étant extérieurs, s'introduisant en lui, un mécanisme d'introjection qui viendrait perturber son équilibre et que le traitement réussit à balayer, d'autant plus qu'il parle de "poussières" qui s'introduisent dans son cerveau.

Louisa ne sait pas que son époux souffre d'une schizophrénie, elle parle de dépression qui serait due aux conflits familiaux et aux déceptions récurrentes qu'a connues son époux.

Comment sont vécues les thérapeutiques

Amine considère le traitement psychiatrique comme un complément à la volonté de Dieu, il permettrait de faire disparaître les symptômes négatifs comme les ruminations, les automatismes mentaux et les insomnies.

Ce qui est assez frappant, c'est qu'il semble avoir conscience que son trouble est une maladie chronique qui nécessite une prise de traitement continue, mais n'arrive pas à prendre conscience qu'il peut être actif dans un processus de rétablissement, Amine est dans la résignation et le fatalisme, il s'en remet complètement à Dieu.

Quant à Louisa, elle considère le traitement psychiatrique comme le seul moyen de canaliser son mari, les prescriptions sont suivies scrupuleusement sans chercher à savoir l'effet de tel ou tel médicament, c'est la seule manière qu'elle a trouvé de protéger Amine des autres, de lui-même et en même temps de se protéger elle-même et ses filles de ses accès psychotiques.

Louisa manifeste aussi un désir inconscient de voir son mari disparaître, vu la tonalité avec laquelle elle évoquait d'éventuels accidents de celui-ci et en même temps toujours en filigrane cette crainte du "qu'on dirait-on".

Les thérapies traditionnelles

Amine considère les thérapies traditionnelles, la "Rokia" en particulier comme un moyen de se purifier, de se calmer et de se rapprocher de Dieu. Il considère la

croyance en la sorcellerie comme un péché, il ne considère pas sa maladie comme le fait d'un esprit malveillant en justifiant cela par le fait qu'il arrive à communiquer avec autrui, tandis qu'une personne "possédée" serait incapable de parler aux autres.

Louisa quant à elle est assez indécise, elle se réfère souvent à ce que les autres disent, ce qui signifie un manque de confiance en elle. Après que son mari ait consulté un thérapeute traditionnel sans résultat satisfaisant, le choix s'est porté de manière pragmatique sur les soins psychiatriques qui ont réussi à le canaliser.

Quant à une éventuelle cause surnaturelle du trouble de son mari, elle semble mitigée, se réfère à ce que les autres disent, à savoir que toute la maison a été ensorcelée et c'est cela qui a déclenché la maladie de son mari, son beau-frère et sa belle-sœur.

Aussi, Louisa accompagne Amine aux consultations de "Rokia" mais pas aux consultations psychiatriques, est-ce parce qu'elle considère la "Rokia" comme bienfaisant pour elle aussi ? ou bien parce que cela est plus accessible pour elle d'un point de vue intellectuel ? ou encore parce que le thérapeute traditionnel lui offre une écoute bienveillante ? Il y a aussi l'hypothèse que se voir vu chez une Raki est moins "honteux" que d'être vu chez le psychiatre cela mériterait d'être étudié particulièrement.

À propos du risque de rechutes et la non-observance du traitement

Le risque de rechute d'Amine est vécu par Louisa comme une menace continue, une épée d'amoclesse qui peut tomber à tout moment sur elle. Cela renvoie aussi à la difficulté de l'observance du traitement relatée dans des travaux scientifiques des patients schizophrènes, la non observance est souvent la conséquence d'un manque d'insight des patients par rapport à leur trouble, qui fait que dès qu'ils sentent une amélioration ils décident d'arrêter le traitement. Ce comportement pousse les membres de la famille proche du patient à adopter différents mécanismes pour contourner la non-observance, celui qui est revenu pour la majorité des cas rencontrés est la non-frustration du patient, satisfaire toutes ses exigences, parfois même au détriment de sa propre santé physique et mentale, comme avec Louisa qu'on sent désespérée voire dépressive. Selon Gourevitch (2006): "La non-observance du traitement pour les troubles schizophréniques va de 11 à 90 %, selon les critères retenus, 50 % après une première hospitalisation et 75 % deux ans après" ces statistiques sont françaises, on a pas réussi à trouver des chiffres sur la population algérienne.

Ce qui nous pousse à suggérer l'étude de l'observance du traitement d'un point de vue épidémiologique mais surtout psychologique, en particulier chez les personnes souffrant de schizophrénie, il semble que c'est une perspective de recherche intéressante ayant un grand intérêt pour le développement des connaissances sur ce sujet en Algérie.

Sentiment de danger imminent

On voit aussi chez Louiza ce sentiment de danger imminent, d'angoisse due au risque d'imprévisibilité de son époux, ce sentiment a été retrouvé chez les autres proches rencontrés lors de cette recherche. Ce qui vient appuyer l'étude de Davtian (2003) auprès de 600 frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques, qui a relevé un taux allant de 41 jusqu'à 51% chez les 10-55 ans.[3]

Cela ne concernerait donc pas que les frères et sœurs mais pourrait s'étendre à tous les proches du patient. Cela va aussi dans le sens de la prise en compte des besoins de l'entourage du patient, de futures recherches pourraient s'intéresser à mieux repérer, apprécier et comprendre toutes les personnes qui entourent le patient afin de leur donner les ressources nécessaires pour s'adapter voire à devenir elles-mêmes des ressources pour aider le patient au quotidien, cela va aussi dans le sens de la réflexion de Davtian et Scelles (2013).[4]

Conclusion

Dans cette recherche, nous avons voulu comprendre comment se conjuguait les représentations des malades et de leur entourage au quotidien, il s'avère que celles-ci se rejoignent sur certains points tandis qu'elles s'éloignent voire s'opposent sur d'autres points. Cela a un effet sur la vision de l'avenir, comme pour Amine et Louisa, un jeune couple empreint de doutes, d'incompréhension et ayant un déficit de soutien mutuel.

Louisa semble dépressive et inquiète pour ses enfants en particulier. Amine est centré sur sa maladie occultant le vécu subjectif de son épouse, la considérant comme acquise et nécessairement dévouée.

La représentation de la famille est complètement opposée, tandis qu'Amine représente sa petite famille plus sa famille d'origine en même temps, Louisa représente uniquement la famille nucléaire et une coalition intergénérationnelle entre son dernier enfant et son époux.

En ce qui concerne les points de convergence, on note l'attrait et le consensus du couple à recourir à la "Rokia" cette question des thérapies traditionnelles mériterait aussi l'attention des chercheurs algériens en psychologie, sociologie ou anthropologie.

Cette recherche comporte de nombreuses limites, d'abord l'insuffisance significative d'une seule rencontre avec les binômes, le terrain ne nous permet pas une deuxième rencontre, plusieurs questions sont restées sans réponse à cause de cela. Ensuite, le fait de ne pas avoir enregistré la passation du FAST a fait perdre certains détails importants lors de l'analyse qualitative. Enfin, le nombre de binômes rencontrés aurait eu intérêt à être plus élevé, bien qu'il y ait eu de nombreuses demandes de recrutement, celles-ci ont été refusées ou reportées, c'est compréhensible vu que les personnes souffrant de troubles psychiatriques en générale, sont rarement approchés pour des recherches scientifiques.

Références :

- Azoulay C., Chabert C., Gortais J., Jeammet P. (2002), *Processus de la schizophrénie*, Paris, Dunod, 2002.
- Bouhlel, S., Ben Haouala, S., Klibi, A., Ghaouar, M., Chennoufi, L., Melki, W. & El-Hechmi, Z. (2013). Evaluation des croyances et des attitudes d'une population tunisienne de proches de patients atteints de schizophrénie. *L'encéphale*. 39,165-173.
- Davtian, H. ; Collombet, E. (2009). Pour une meilleure prise en compte des frères et sœurs de personnes souffrant de troubles psychotiques. *Thérapie familiale*. 30, 315-326.
- Davtian, H.; Scelles, R. (2013) La famille de patient schizophrène serait-elle devenue une ressource inépuisable ? *L'information psychiatrique*, 89,73-82.
- Gagnon Y.C., *L'étude de cas comme méthode de recherche*, Presses Universitaires de Québec, 2005.p.2
- Gehring, T.M. Debry, M., Smith, P.K.(2001). *The Family Systems Test (FAST) theory and application*, London and Philadelphie : Routledge .
- Gourvitch, R. (2006).Comment améliorer l'observance chez le patient souffrant de schizophrénie? *L'encéphale*.32, 929-930.
- Hajbi, M.(2006). Anthropologie et psychiatrie: regards croisés sur le maghreb. *Perspectives psy*.45, 151-156.

Iskander, H. (2008). Troubles schizophréniques. Dans M.-J, Guedj-Bourdiau. *Urgences psychiatriques*. Issy-les-Moulineaux: Elsevier, Masson.

Kapsambelis, V. (dir.) (2012). *Manuel de psychiatrie clinique et de psychopathologie de l'adulte*. Paris: Puf.