

**VÉCU PSYCHOLOGIQUE DES MEMBRES DE FAMILLE DE PATIENTS
SCHIZOPHRÈNES PRISE EN CHARGE AU CENTRE HOSPITALIER
NEUROPSYCHIATRIQUE DE GOMA**

Pascal NGULU KIKONGE
Université de Kinshasa, RDC
ngulumichael@gmail.com

Francine REHEMA BITASIMWA
Université de Goma, RDC
rehamabitasimwa@gmail.com

Jean Donatus BAHATI SHABANYERE
Université de Kinshasa, RDC
Institut Supérieur Pédagogique de Kalehe, RDC
bjeandonatus@gmail.com

&

Jean-Bosco USSENI KALIMANJIRA
Université de Kinshasa, RDC
kalimanjirajean@gmail.com

Résumé : La présente étude porte sur le vécu psychologique des membres de famille de patients schizophrènes pris en charge au Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique de Goma. Elle a pour objectifs de démontrer le vécu psychologique des membres de familles des patients schizophrènes ; identifier les pathologies développées par les membres de familles des patients schizophrènes enfin, déterminer le lien entre les variables socio-démographiques : le sexe, l'état civil, le niveau d'études, la répétition des crises avec le niveau de dépression et anxiété chez les membres de familles des patients schizophrènes. Nous avons eu à enquêter 42 sujets issus des familles des patients schizophrènes. Les résultats obtenus de l'enquête avec la technique d'entretien psychologique montrent que la prise en charge d'un patient schizophrène par sa famille constitue un fardeau important et difficile à supporter par la majorité. Cela entraîne un impact négatif sur les membres de famille qui arrivent à développer soit la dépression, soit l'anxiété qui sont très élevées et le schizophrène qui se voit abandonné dans la rue. Le niveau des difficultés psychologiques est très significatif chez les membres de famille du patient schizophrène et lorsque le patient pique une crise, 28,5% de membre de la famille agissent par la prière, 14,28% apportent leur malade à l'hôpital et 14% pensent au suicide.

Mots-clés : Vécus psychologiques, schizophrénie, patient

**PSYCHOLOGICAL EXPERIENCES OF FAMILY MEMBERS OF
SCHIZOPHRENIC PATIENTS TREATED AT THE NEUROPSYCHIATRIC
HOSPITAL OF GOMA**

Abstract: The present study focuses on the psychological experience of family members of schizophrenic patients treated at the Neuro-Psychiatric Hospital of Goma. It aims to demonstrate the psychological experience of family members of schizophrenic patients; to identify the pathologies developed by family members of schizophrenic patients ; and to determine the link between socio-demographic

variables : gender, marital status, level of education, and recurrence of seizures with the level of depression and anxiety in family members of schizophrenic patients. We had to survey 42 subjects from the families of schizophrenic patients. The results obtained from the survey with the psychological interview technique show that the care of a schizophrenic patient by his or her family constitutes a significant burden that is difficult to bear by the majority. This has a negative impact on the family members who end up developing either depression or anxiety which are very high and the schizophrenic who is abandoned in the street. The level of psychological difficulties is very significant among the family members of the schizophrenic patient and when the patient has a crisis, 28.5% of the family members act through prayer, 14.28% take their patient to hospital and 14% think of suicide.

Keywords : Psychological experiences, schizophrenia, patient

Introduction

La schizophrénie touche environ une personne sur cent dans le monde. Ce n'est que depuis les dernières années du XIX^e siècle qu'elle est reconnue scientifiquement comme une maladie bien déterminée et que des travaux sur son origine et son traitement ont été entrepris (Anonyme, 2015). Au Québec, la majorité des personnes atteintes de troubles mentaux sévères sont prises en charge par la famille immédiate, qui agit bien souvent comme unique réseau de soutien pour le proche du malade (Hunt et Côté, 2009). Au Canada, un rapport sur les maladies mentales nous renseigne que la prévalence de la schizophrénie dans la population générale est estimée entre 0,2 % et 2 %, selon les paramètres de mesure. Toutefois, un taux de prévalence de 1 % est généralement accepté comme étant la meilleure estimation. En suite après les observations, il est à noter que les adultes âgés de 15 à 30 ans sont nombreux dans la situation de la schizophrénie. Cinquante-deux pour cent sont hospitalisés dans les hôpitaux généraux pour schizophrénie. Les taux d'hospitalisation pour schizophrénie dans les hôpitaux généraux augmentent chez les jeunes hommes d'âge moyen. (Rapport national sur les maladies mentales Canada, 2015). Selon les statistiques de l'OMS (2001), les perturbations mentales affectent environ 450 millions de personnes dans le monde, allant des manifestations le plus légères aux pathologies les plus lourdes. Elles sont universelles et s'observent dans toutes les régions et toutes les sociétés, touchant aussi bien les hommes que les femmes, à tous les stades de leur vie, les riches comme les pauvres en milieu urbain comme en zone rurale. En matière de troubles de santé mentale, la schizophrénie se démarque par sa complexité, sévère et encore aujourd'hui mal comprise. Il s'agit d'une maladie mentale dont les symptômes persistent durant toute une vie, ce qui fait en sorte qu'elle a une incidence majeure sur le parcours de la personne qui est atteinte, mais également sur celui de sa famille, sur les instances de soins et sur la société en général (Knapp, Mangalore et Simon, 2004).

En Afrique comme partout dans le monde la schizophrénie apparaît vers la fin de l'adolescence et le début de l'âge adulte et elle se manifeste de manière précoce chez les hommes (Mayer et MacCabe, 2016). Relativement à l'étiologie de cette maladie, l'approche vulnérabilité-stress permet de tenir de compte des multiples facettes de la schizophrénie et du fait que les symptômes se manifestent différemment selon l'individu atteint et qui affectent son entourage (Barbès-Morin et Lalonde, 2006). La

schizophrénie est une maladie complexe et grave touchant 0.5% à 1.0% de la population mondiale. Cette maladie qui s'installe dès l'adolescence (15-25 ans) et progressive avec un coût social très élevé (Millan 2005, APA2000).

En RDC selon (Matemolo, 2019) la schizophrénie se vit en famille de manière troublante. Tous les membres de la famille ont peur d'avoir été trop agaçants, trop jaloux ou de ne pas avoir protégé suffisamment leur frère ou leur sœur ce qui est à la base de multiples pathologies qu'ils vont manifester plus tard à leur tour. Dans la province du Nord-Kivu particulièrement à Goma au Centre hospitalier neuro psychiatrique, plusieurs malades y sont enregistrés sous ce diagnostic. Et les membres de famille se plaignent et présentent plusieurs signes pathologiques dont certains acceptent le traitement et d'autres disent qu'ils ne sont pas malades, c'est plutôt leur frère ou sœur. Le malade peut trouver que son entourage en fait trop ou pas assez. Il arrive qu'on ne s'entende pas sur qui peut faire quoi. Lorsque la situation est instable, c'est souvent difficile de s'y retrouver et cela cause bien des irritations au sein de la famille (Polepole, 2022). Les études observent une diminution de la qualité de vie pour les proches du malade. Plus cette dégradation s'accroît, plus l'implication des proches dans les activités de la vie quotidienne est grande. Le poids du « fardeau » augmente également selon la gravité des symptômes (Caron J. *et al.*, 2015). Aux vues de toutes ces difficultés qu'ont les membres de patients schizophrènes, la présente étude soulève les questions suivantes : quel est le vécu psychologique des membres de familles des patients schizophrènes ? Quelles sont les pathologies développées par les membres de familles des patients schizophrènes ? Qu'est ce qui influencent les pathologies chez les membres de familles des patients schizophrènes ? Les réponses provisoires sont les suivantes : le vécu psychologique des membres des familles des patients schizophrènes est pathologique. Les pathologies développées par les membres de familles de patients schizophrènes seraient la dépression, l'anxiété, etc. Ce qui influencent les pathologies chez les membres de familles de patients schizophrènes seraient les variables sociodémographiques comme, le sexe, le niveau d'étude, l'Etat civil et la répétition des crises du patient schizophrène.

Les objectifs poursuivis consistent à démontrer le vécu psychologique des membres de familles des patients schizophrènes ; identifier les pathologies développées par les membres de familles des patients schizophrènes ; déterminer le lien entre les variables socio-démographiques : le sexe, l'état civil, le niveau d'études, la répétition des crises avec le niveau de dépression et anxiété chez les membres de familles des patients schizophrènes.

I. Note sur la schizophrénie

La schizophrénie étant un trouble qui affecte la capacité d'une personne à réfléchir, à ressentir et à se comporter de manière claire. Appelée autrement maladie de la scission de l'esprit. Elle a été forgée par le Psychiatre suisse Eugen Bleuler en 1911. Les causes exactes de cette pathologie restent inconnues à ce jour, mais une combinaison de facteurs génétiques et environnementaux et d'une altération de la structure et de la chimie du cerveau pourrait jouer un rôle. C'est aussi est une maladie psychiatrique caractérisée par un ensemble de symptômes très variables : les plus impressionnants sont les délires et les hallucinations, mais les plus invalidants sont le

retrait social et les difficultés cognitives. Elle a pour symptômes des pensées détachées de la réalité, un comportement et discours désorganisés, une participation réduite aux activités de la vie quotidienne, difficultés de concentration, trouble de la mémoire, etc. (DSMV, 2016).

2. Méthode et techniques

Nous avons mené une enquête au Centre Hospitalier Neuro Psychiatrique de Goma. La population d'étude était l'ensemble des membres de familles de patients schizophrènes internés au CHNP. Nous avons recouru à l'échantillon du type occasionnel composé de 42 membres. Les techniques utilisées sont l'entretien, l'échelle de dépression, et d'anxiété pour adultes. Nos investigations se sont déroulées tout le mois de février 2022. Compte tenu de la nature des données récoltées, nous avons en premier lieu recouru à l'analyse de contenu pour catégoriser les réponses des sujets, ensuite traité toutes les données de l'enquête à l'aide du logiciel statistique SPSS version 20. Le choix du CHNP se justifie par son rôle qu'il joue non seulement dans la ville de Goma, surtout étant l'unique qui répond à tous les services d'un centre psychiatrique (service de psychiatrie, psychothérapie, ergothérapie, assistance social, infirmerie, hospitalisation, ambulatoire, pédopsychiatrie, etc.). Notre contribution est d'aider les membres de familles de résilier les problèmes psychologiques relatifs à la schizophrénie que vive leur patient. Les sujets étaient repartis en variables suivantes : sexe, niveau d'étude, état civil, dont la répartition des résultats selon nos 42 enquêtés ; pour le sexe, 36 sujets soit 85,7% sont du sexe masculin et 6 soit 14,3% sont de sexe féminin ; en ce qui concerne le niveau d'étude, 16 sujets soit 38,1% ont le niveau primaire incomplet, 14 soit 33,3% ont le niveau secondaire incomplet, 12 sujets soit 28,5% ont le niveau secondaire complet ; pour l'état civil, 26 sujets soit 61,9% sont mariés, 14 sujets soit 33,3% sont veufs et 2 sujets soit 4,7% sont divorcés ;

3. Présentation des résultats

À ce niveau, nous présentons les résultats en rapport avec le vécu psychologique des proches des malades schizophrènes et les éléments composant ce vécu à savoir la dépression et l'anxiété.

3.1 Niveau des difficultés psychologiques vécues par les proches des malades schizophrènes

Ce niveau, est obtenu en subdivisant les scores des sujets à l'échelle à quatre niveaux grâce au calcul du quartile de la distribution exprimée en percentile 25, 50 et 75.

	25	50	75
	60	70	78

Selon cette présentation, il s'avère que notre distribution présenterait les scores allant du minimum au percentile 25 qui constitue la catégorie moins sévère des difficultés psychologiques, du percentile 25 au percentile 50 qui constitue la catégorie moyenne ; du percentile 50 au percentile 75 qui constitue la catégorie sévère et enfin du percentile 75 au-delà qui est la catégorie très sévère.

Tableau 1 : Scores aux difficultés psychologiques vécues par les membres de famille des patients schizophrènes

Score	f	%
79-82 (très sévères)	7	16,6%
71-78 (sévère)	14	33%
61-70 (moyenne)	11	26%
19-60 (moins sévères)	10	
Total	42	23,8%

Ce tableau nous montre que sur les 42 sujets retenus dans notre échantillon, 14 soit 33% vivent des difficultés psychologiques sévères, 11 soit 26% des difficultés psychologique moyennes, 10 soit 23,8% des difficultés psychologiques moins sévères et enfin 7 soit 16,6% des difficultés psychologiques très sévères.

Tableau 2 : Statistique descriptive des difficultés vécues par les membres de familles des patients schizophrènes

Modalité	Min	Max	Σ	X	δ	N
Vécu psychologique	19	87	2713	69.59	17.84	42

Au regard de ce tableau, nous constatons que la moyenne des scores aux difficultés psychologiques évaluées par les échelles est de 69,59, l'écart-type est de 17,84, le score le plus bas est de 19 et le score le plus élevé est de 87. On ne constate donc qu'une grande dispersion autour de la moyenne qui témoigne de réelles différences dans le vécu difficile de membres de familles de patients schizophrènes.

3.2 Troubles développés par les membres de famille d'un patient schizophrène

Nous nous focalisons à ce niveau sur les troubles retenus dans cette recherche comme expression de ces difficultés psychologiques vécues par les proches des malades schizophrènes.

-Troubles dépressifs

25	50	75
24	30	33

Cette distribution montrerait que les scores allant du minimum au percentile 25 qui constitue le niveau sévère de la dépression, du percentile 25 au percentile 50 constitue le niveau moyen, du percentile 50 au percentile 75 constitue le niveau sévère et enfin du percentile 75 et plus constitue le niveau très sévère de la dépression.

Tableau 3. Niveau de dépression vécue par les membres de famille d'un patient schizophrènes

Score	f	%
31-39 (élevé)	21	50%
25-30 (moyen)	9	21,42%
6-24 (bas)	12	28,57%
Total	42	100

Ce tableau relève que sur 42 enquêtés 21 soit 50% sont sévèrement déprimés, 9 soit 21% sont moyennement déprimés, et 12 soit 28,7% sont moins déprimés

Tableau 4 : Statistique descriptive de la dépression observée chez les familiers

Modalité	Min	Max	Σ	X	δ	N
Dépression	6	39	11,36	27,04	9,0	42

Nous constatons que les membres de famille ont une dispersion partant des scores autour de la moyenne. L'expression de grande différence de niveau des troubles est faite ici en ce qui concerne les troubles à savoir la dépression avec une moyenne de 27 et un écart-type de 9 avec le score minimum de 6 et maximum de 39.

3.3 Niveau d'anxiété vécue par les familiers des patients schizophrènes

25	50	75
33	39	45

Selon cette présentation, il s'avère que notre distribution présenterait les scores allant du minimum au percentile 25 qui constitue le niveau moins sévère de l'anxiété, du percentile 25 au percentile 50 qui constitue le niveau moyen ; du percentile 50 au percentile 75 qui constitue le niveau sévère et enfin du percentile 75 au-delà qui est le niveau très sévère.

Tableau 5 : Scores à l'échelle d'anxiété

Score	f	%
40-48	22	52,4%
34-39	10	23,8%
12-33	10	23,8%
Total	42	100

Ce tableau montre que sur 42 enquêtés, 22 sujets soit 52,4% vivent dans une anxiété sévère, 10 soit 23,8% vivent dans une anxiété moyenne et 10 soit 23,8% vivent dans une anxiété moins sévère.

Tableau 6 : Statistique descriptive de l'anxiété observée chez les familiers des patients schizophrènes

Modalité	Min	Max	Σ	X	δ	N
----------	-----	-----	----------	---	----------	---

Anxiété	12	48	15,75	37,50	9,67	42
---------	----	----	-------	-------	------	----

Aussi bien que pour la dépression, la dispersion des données est grande en ce qui concerne l'anxiété qui présente une moyenne de 37,50 ; un écart-type de 9,67 ; un score minimum de 12 et maximum de 48.

3.4 Études des effets des variables

À présent, nous portons notre attention aux effets des variables comme le sexe, le niveau d'études et l'état matrimonial. Il est question de voir si le vécu psychologique difficile des familiers des patients schizophrènes est influencé par ces variables c'est-à-dire que, les personnes souffrent à des degrés différents au regard de ces variables.

3.5 Effets des variables sur le vécu psychologique des membres familles des patients schizophrènes

Il est question ici d'aborder le problème au regard de la souffrance générale de ces proches avant que nous entrions dans les détails.

Tableau 7 : Effet du sexe, du niveau d'études et de l'état-civil sur le vécu des membres de famille des patients schizophrènes

Variables	Chi-deux	dl	p	s
Sexe	29,682	24	0,96	NS
Niveau d'étude	85 ;273	96	0,779	NS
Etat civil	73,608	72	0,425	NS

Les données de ce tableau montrent que toutes les valeurs chi-carré calculées nous présentent des probabilités associées supérieures au seuil de 0,05. Pour dire que les différences ne sont pas ou sont non significatives entre le vécu de ces difficultés entre sexes, entre les niveaux d'études et entre l'état matrimonial qui diffèrent d'un individu à l'autre. Ce qui veut dire, ni le sexe ni le niveau d'études ni l'état-civil n'a influencé le vécu psychologique de membres de familles des patients schizophrènes.

3.6 Effet des variables sur la dépression

Tableau 8 : Effet du sexe, du niveau d'études, de l'état-civil sur le trouble dépressif chez les membres de familles des patients schizophrènes.

Variables	Chi-deux	dl	p	s
Sexe	27,415	20	0,124	NS
Niveau d'étude	76,273	80	0,597	NS
Etat civil	58,157	60	0,543	NS

Les données de tableau montrent que, toutes les valeurs chi-carré calculées nous présentent des probabilités associées supérieures au seuil de 0,05. Pour dire que les différences ne sont pas ou sont non significatives entre sexes, entre les niveaux d'études et entre l'état matrimonial qui diffèrent par rapport aux niveaux de sévérités des troubles dépressifs. C'est-à-dire que ni le sexe ni le niveau d'études ni l'état-civil

n'a influencé le niveau de dépression chez les membres de familles des patients schizophrènes.

Tableau 9 : Effet des variables sur l'anxiété

Variabes	Chi-deux	dl	p	s
Sexe	20,997	20	0,397	NS
Niveau d'étude	76,447	80	0,592	NS
Etat civil	53,883	60	0,669	NS

Les données de tableau montrent que, toutes les valeurs chi-carré calculées nous présentent des probabilités associées supérieures au seuil de 0,05. Pour dire que les différences ne sont pas ou sont non significatives entre sexes, entre les niveaux d'études et entre l'état matrimonial qui diffèrent par rapport aux niveaux de sévérités des troubles anxieux. C'est-à-dire que ni le sexe ni le niveau d'études ni l'état-civil n'a influencé le niveau d'anxiété chez les membres des familles des patients schizophrènes.

Tableau 10 : Corrélation entre dépression et anxiété

C1	C2	C3
C1	0,819**	0,949**
C2	- -	0,958**
C3	- -	-

P = 0.000 ; 0.000 < 0.05 très significatif

C1 = dépression

C2 = anxiété

C3 = vécu psychologique

Les résultats inscrits dans ce tableau nous montrent que toutes les valeurs r de bravais-Pearson corrélant le vécu psychologique avec ses composantes sont élevées et très significatives avec des probabilités inférieures au seuil de 0,05. C'est bien là une expression de la cohérence interne entre échelles et d'une validité de ces outils. Ce que la comorbidité est belle et bien observée chez ces sujets entre la dépression et l'anxiété qu'il y a lieu de déplorer le degré de cette souffrance psychologique.

3.7 Réactions des membres de familles devant la crise du patient

A ce niveau, notre attention se tourne sur les différentes réactions de membres de familles face à la crise du patient schizophrène.

Tableau II : Réaction de membres de famille face à la crise du patient schizophrène

Réponses	f	%
Je l'amène à l'hôpital	6	14,28
Je me maîtrise	5	11,9
Je pense au suicide	6	14,28
Je prie	12	28,57
Je me surprotège	1	2,38
Je donne les médicaments traditionnels	6	14,28
Je le ligote	2	4,76
Je suis frustré	1	2,38
J'ai peur	1	2,38
Je le cajole	1	2,38
Je pleure	1	2,38
Total	42	100

Ce tableau relève toutes les réponses données par les enquêtés face à la crise du patient sur ce, 28,57% agissent par la prière, ceci donne l'idée que ces sujets ont une conception magico religieuse par rapport à la schizophrénie ; 14,28% apportent leurs malades à l'hôpital, pensent au suicide et autres donnent des médicaments traditionnels, 11,9% prônent la maîtrise de soi, 2,38% pensent qu'il faut ligoter le malade et 2,38% se surprotège, ligote le patient, se sent frustré de la situation, manifester la peur, pleurer et cajole le patient.

4. Discussion des résultats

Les résultats révèlent que 33% vivent des difficultés psychologiques sévères, 26% des difficultés psychologique moyennes, 23,8% des difficultés psychologiques moins sévères et 16,6% des difficultés psychologiques très sévères. L'isolement social pousse à la rupture de tous les contacts par la personne et ce même avec la famille proche. Les relations sont généralement difficiles, les gestes affectifs et les échanges verbaux sont fortement réduits, les moments d'échange et de partage sont fuis par la personne malade, ou alors très mal vécus par les familiers eux-mêmes. De plus, l'inversion du rythme nyctéméral empêche la personne de participer à la vie familiale. Ce retrait de toute communication familiale attriste très fortement les proches, car il peut paraître volontaire. Ils ont le sentiment d'être ignoré par leur propre enfant et souffrent de ne pouvoir rejoindre la personne là où elle est. Certains parents ont alors tendance à développer des sentiments de colère, qui les poussent à se montrer très intrusifs et à punir la personne malade, car ils ne peuvent cautionner l'attitude de leur enfant. Certains parents ne savent pas comme réagir et exprimer leurs sentiments ; ils adoptent alors des comportements que le proche souffrant ne comprend pas et qui peuvent paraître provocants et agressifs comme pleure, pensée suicidaire, ligote le patient, etc. Les sentiments de colère et de rejet sont souvent des réponses de membres de la famille face aux comportements et crise du patient schizophrène.

Les multiples crises sont source de tristesse, et blessent les familiers. Au vu de ces comportements, l'entourage suggère à la personne de prendre contact avec quelqu'un pour l'aider. Cette suggestion est généralement mal vécue par la personne

souffrante, car elle ne se sent pas concernée, dans la mesure où elle n'est pas dans la même réalité que son entourage et ne se considère pas comme malade (ESCAIG B., 2004).¹ Ce qui fait à ce que les membres de famille à 50% sont sévèrement déprimés, 9 soit 21% sont moyennement déprimés, et 12 soit 28,7 % sont moins sévèrement déprimés, au tableau 3. Kossel *et al.*, (2012) renforcent au sujet de patient dépressif qui se présente avec des plaintes le plus souvent non spécifique qui ne permettent pas de poser d'emblée le diagnostic de dépression majeure. Elles incluent notamment les symptômes suivants : troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie), fatigue, maux de tête, vertiges, douleurs vertébrales, constipation, nausées-vomissements, anorexie et/ou perte de poids, irritabilité accrue ou des troubles de la concentration, agitation, confusion ou pseudo-démence. Ce qui rencontre la plupart de signes pathologiques que développent les membres de famille de patients schizophrènes. Chacun de membre de famille a son niveau d'étude, son âge, et son état civil particulier, ces variables n'ont pas influencé suite à cette différence, (probabilités associées sont supérieures au seuil de 0,05) corroborent avec l'hypothèse de départ qui fustige la présence de la dépression chez les membres de famille de patients schizophrènes. En ce qui est de l'anxiété 52,4% de membres de famille vivent dans une anxiété sévère, 23,8% vivent dans une anxiété moyenne et 23,8% vivent dans une anxiété moins sévère. A cet égard, l'échelle de syndromes dérivés des DSM-5 les problèmes anxieux présente la plus forte prévalence (9,2%) et conformément aux observations discutées précédemment, le niveau d'anxiété semble spécialement être élevé en comparaison aux autres problèmes de santé mentale évalués par l'éventaire d'autodescription pour adultes. Beauregard (2021) parle de ce qui arrive aux membres de la famille qui rencontre nos résultats. Les parents se sentent souvent les grands responsables de ce qui arrive au patient schizophrène surtout si c'est son enfant. Ils se sentent coupables. Ce sentiment de culpabilité, allié à leur habitude de contrôler la vie de la famille, les poussent à chercher une solution à tout prix. Ne trouvant pas de solution magique, ils vivent beaucoup d'impuissance et de désespoir face à la souffrance de leur enfant. Ils sont aussi très sensibles à l'opinion extérieure qui fera en sorte qu'ils seront pointés du doigt s'il arrive quelque chose à un de leurs enfants. Les parents souffrent aussi de voir anéantis les rêves qu'ils faisaient pour leurs enfants. Au vu de tout ceci, nos hypothèses sont confirmées selon lesquelles, les membres de familles de patients schizophrènes développent d'autres pathologies dont la dépression, l'anxiété, etc. Cela est influencé par les fréquences de crises du patient, le sexe, le niveau d'étude et l'état civil.

Conclusion

Au vu des résultats trouvés dans cette étude, les membres de familles des patients schizophrènes développent des pathologies au vu des crises. Nous espérons que le centre hospitalier neuro psychiatrique prenne conscience dans prise en charge, d'insérer une dimension familiale face à tout ceci et qui les laissent dans une incompréhension. Ils se demandent s'ils ont aussi des problèmes puisqu'ils ont attiré quelqu'un qui a des problèmes. Ils se sentent piégés d'avoir à assumer tout à coup l'ensemble des tâches familiales. Ils éprouvent du ressentiment à l'égard de leur partenaire et s'en sentent coupables. Des conflits peuvent surgir entre frères et sœurs.

¹ Bertrand ESCAID, Soins psychiatriques et pratiques sociales, Pratique en Santé Mentale(n°1 vol 57)

Certains se sentent responsables et appelés à prendre la relève des parents. En même temps, cela les angoisse. D'autres ont l'air de vouloir se sauver, de chercher à en faire le moins possible. Ces façons différentes de réagir causent des disputes, créent des froids et brisent parfois des liens pour longtemps. Ils ont souvent honte de leur frère malade. Ils se sentent négligés. Ils ont honte d'éprouver cette jalousie, cette colère à l'égard de quelqu'un qui souffre. Ils se sentent coupables d'être bien portants. Ils vivent beaucoup de crainte, d'incertitude et de confusion. Oncles, cousines, grands-parents, neveux et le reste de la parenté forment la famille élargie. Comme les amis et les voisins, ces gens sont affectés, à des degrés divers, par la maladie d'un proche. On retrouve chez eux diverses attitudes : du rejet complet à l'ingérence, la peur d'attraper la maladie ou d'avoir à s'impliquer mais aussi la crainte d'être importuns et de ne pas savoir quoi dire. Certains se croient permis de blâmer ou de donner des conseils sans y être invités. S'il est irréaliste d'espérer convaincre tout le monde, il ne faut pas non plus se décourager. L'information bien dosée et la patience peuvent faire changer les façons de voir inappropriées et les transformer en attitudes plus accueillantes (Boris, 2014). Cette situation les déprime ou les remplit de colère. Elles croient que ce qui leur arrive est injuste et elles se révoltent. Ces réactions, en partie guidées par le tempérament, sont universelles. Toutes les personnes handicapées à la suite d'un accident ou d'une la maladie physique ou mentale, vivent ces mêmes émotions. Pour que la prise en charge psychologique des patients schizophrènes soit effective ; la considération positive des vécus psychologiques des membres de familles dans cette thérapie serait de promotion pour le centre hospitalier neuro psychiatrique.

Références bibliographiques

- Barbès-Morin & al. (2006). La réadaptation psychiatrique du schizophrène, Clinique Jeunes Adultes, Hôpital Louis -H. Lafontaine, rue Sherbrook Est, bureau 106, Montréal, Québec HIN 1C1
- Beauregard, F. (2021) Guide sur les maladies mentales à l'usage des familles. Paris : Armand Colin.
- Boris, C. (2014). Les âmes blessées. Les mémoires, Tome 2. Odile Jacob : Paris
- Caron j. et al. (2015). Les régulations du discours : psycholinguistique et pragmatique du langage. Paris : PUF.
- Commission de la santé mentale du Canada (2013). La nécessité d'investir dans la santé mentale au Canada. Document télé accessible à l'adresse.
- Deslauriers, J, (1991). Recherche qualitative, guide pratique, Montréal, MCGRAW Hill ;
- Escaid, B. (2004). Soins psychiatriques et pratiques sociales, Pratique en Santé Mentale (57)I
- Hunt, E. et Coté, G. (2009). Le rôle du soutien social dans la prédiction de la violence chez les personnes atteintes de troubles mentaux graves. L'Evolution psychiatrique, 74(4), 592-605.
- Knapp, M., & al. (2004). *The global costs of schizophrenia*. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293. Knapp, M., Mangalore, R. et Simon, J. (2004). The global costs of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 30(2), 279-293.

- Kossel & al. (2012). Dépression : analyse décisionnelle pour la prise en charge par le médecin de premier recours. Rev Med Suisse 2346-2363.
- Matemolo, M. (2019). L'endroit où il faut aller, c'est à l'hôpital. Kinshasa : Mediaspaulines
- Mini DSM-5 (2016) Critères diagnostiques ; Pologne : Elsevier Masson
- OMS (2001). Impact des troubles mentaux et du comportement (WHO : chapitre2, 2001).
- Polepole F. (2015). Aspects psychopathologiques des thyroïdectomies au Sénégal : étude d'une série de dix cas. Mémoire de spécialisation en neuropsychiatrie à l'Université Cheikh Anta DIOP.