

Travail de Bachelor pour l'obtention du diplôme Bachelor of Science HES-SO en Soins
Infirmiers

HES-SO Valais Wallis Domaine Santé & Travail social

«Partout mais pas chez les fous !»

**« Étude sur les représentations sociales des étudiants en Soins Infirmiers
au sujet de la schizophrénie. »**

Réalisé par : Vincent FRANZEN et Youna KAMERZIN

Promotion : Bachelor 08

Sous la direction de : Madame Elvire BERRA

Sion, le 25 juillet 2011

Résumé

Le sujet que nous avons développé au travers de notre Travail de Bachelor est celui des représentations sociales de la schizophrénie. Plus particulièrement, nous avons traité des représentations des étudiants en Soins Infirmiers de première année Bachelor avant et après leur premier module concernant la psychiatrie et plus précisément la schizophrénie. Nous avons récolté des données par le biais de questionnaires portant sur la représentation générale de la schizophrénie, ses manifestations, ses causes, ses traitements et le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie. Ensuite, à l'aide d'une analyse prototypique, nous nous sommes efforcés d'observer, de décrire et d'analyser l'évolution de leurs représentations avant et après un module centré sur la schizophrénie. En conclusion, nous avons émis des recommandations concernant la pratique professionnelle mais aussi l'enseignement en Soins Infirmiers.

Mots clés

représentations sociales, étudiants, soins infirmiers, schizophrénie,
maladie mentale

Remerciements

Nous souhaitons, pour commencer, remercier toutes les personnes qui nous aidés dans la réalisation de ce travail de Bachelor :

Madame Elvire BERRA, notre Directrice de mémoire, qui nous a apporté un grand soutien grâce à ses compétences professionnelles, ses connaissances, sa patience et son énergie.

Madame Brigitte REY-MERMET TROTTET, Responsable du module 1007, qui nous a offert la possibilité d'interroger les étudiants sur le temps du module et nous a aussi transmis son savoir durant notre formation.

La Direction de la HES-SO Valais/Wallis, Domaine Santé-Social, Madame Anne JACQUIER-DELALOYE, Directrice du domaine Santé-Social, Monsieur Hilar SCHWERY, Responsable de la filière des Soins Infirmiers des sites de Viège et de Sion et Madame Patricia PHAM Répondante locale de filière pour le site de Sion, qui nous ont permis de réaliser ce travail au sein de l'école.

Les étudiants de la Promotion Bachelor 10, qui nous ont accueilli avec enthousiasme et ont répondu à nos questionnaires.

Madame Chris SCHOEPP qui nous a dispensé les cours et ateliers de méthodologie riches de précieux conseils.

Mon frère Ludovic FRANZEN pour sa relecture attentive ainsi que ces suggestions pertinentes.

Nous souhaitons ensuite remercier amicalement les personnes qui nous ont soutenu au long de notre mémoire :

Les familles FRANZEN et KAMERZIN qui en ont assez entendu parler.

Nos amis, en particulier Christelle, Jean-Philippe et les membres du Secteur 1, qui ont dû nous supporter et se sont montrés patients.

Nos collègues de la Promotion Bachelor 08, en particulier l'équipe de la PDM, qui se sont révélés être de bons compagnons de galère.

Table des matières

1	Introduction	1
1.1	Représentations personnelles.....	1
1.2	Motivations personnelles.....	1
1.3	Motivations socioprofessionnelles	3
1.4	Motivations économiques.....	3
1.5	Motivations politiques.....	4
2	Problématique	5
2.1	Questions de recherche	5
2.2	Objectifs de travail	6
2.3	Compétences travaillées	6
3	Concepts	7
3.1	La schizophrénie.....	7
3.1.1	L'historique	7
3.1.2	L'épidémiologie	11
3.1.3	Les manifestations cliniques.....	11
3.1.3.1	La dimension psychotique	12
3.1.3.2	La dimension de désorganisation	12
3.1.3.3	La dimension négative.....	13
3.1.4	Diagnostic	13
3.1.5	Les formes cliniques.....	18
3.1.5.1	Paranoïde.....	18
3.1.5.2	Catatonique.....	18
3.1.5.3	Hébéphrénique ou désorganisée.....	18
3.1.5.4	Indifférenciée.....	18
3.1.5.5	Résiduelle	19
3.1.6	Les hypothèses étiologiques	19
3.1.6.1	Les influences biologiques	19
3.1.6.2	Les influences psychologiques	21

3.1.6.3	Les influences environnementales.....	22
3.1.7	Les traitements.....	25
3.1.7.1	La pharmacothérapie.....	25
3.1.7.2	Les thérapies.....	27
3.1.7.3	La réhabilitation.....	29
3.1.8	L'évolution.....	32
3.1.9	Le positionnement de l'OMS.....	33
3.1.10	Les tendances actuelles.....	36
3.2	Le module 1007.....	38
3.3	Les représentations.....	39
3.3.1	L'approche psychanalytique.....	40
3.3.2	L'approche en psychologie cognitive.....	41
3.3.3	Les représentations sociales.....	42
3.3.3.1	Modification des représentations sociales.....	44
3.3.4	Les représentations de la schizophrénie dans les médias.....	45
3.3.4.1	La presse écrite.....	46
3.3.4.2	La télévision.....	47
3.3.4.3	Le cinéma.....	48
4	Choix méthodologiques.....	49
4.1	Méthode de récolte de données.....	49
4.2	Faisabilité.....	50
4.3	Principes éthiques.....	51
4.4	Limites du travail.....	51
5	Analyse des données.....	52
5.1	Méthode d'analyse des données.....	52
5.2	Résultats de l'analyse.....	54
5.2.1	Données sociodémographiques.....	54
5.2.2	Question 1 : « Que représente pour vous la schizophrénie ? ».....	55
5.2.3	Question 2 : « Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie ? ».....	60
5.2.4	Question 3 : « Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ? ».....	66

5.2.5	Question 4 : « Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ? ».....	72
5.2.6	Question 5 : « Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ? ».....	78
5.2.7	Question 6 : « Aimeriez-vous ajouter quelque chose ? »	84
5.3	Synthèse de l'analyse	84
6	Discussion	86
7	Conclusion.....	89
7.1	Propositions	89
7.2	Evolutions des représentations personnelles	90
7.3	Bilan.....	91
8	Bibliographie	93
8.1	Livres	93
8.2	Articles.....	95
8.3	Cyberographie	96
Annexe A : Lexique		
Annexe B : Questionnaire		
Annexe C : Lettre explicative		
Annexe D : Consentement éclairé		
Annexe E : Fiche module		

1 Introduction

Au cours de cette étude, nous souhaitons nous intéresser aux représentations sociales des étudiants de la formation Bachelor en Soins Infirmiers en ce qui concerne la maladie mentale et plus particulièrement la schizophrénie.

L'un de nous questionnera les étudiants Bachelor à propos de leurs représentations avant que ceux-ci n'aient suivi le premier module de psychiatrie de la formation qui traite de la schizophrénie. Le second étudiera leurs représentations après cette première introduction à la psychiatrie.

1.1 Représentations personnelles

Avant d'approfondir notre thème, il était pour nous nécessaire d'identifier nos propres représentations au sujet des étudiants en Soins Infirmiers face à la maladie mentale et cela afin d'éviter de biaiser nos résultats. Les représentations, que nous partageons, sont les suivantes :

- Très peu d'étudiants en Soins Infirmiers manifestent de l'intérêt pour la psychiatrie.
- La plupart des étudiants en Soins Infirmiers redoutent un éventuel stage en psychiatrie.
- Dès lors que les étudiants en Soins Infirmiers reçoivent une formation en psychiatrie, ils ne devraient plus avoir de préjugés sur la maladie mentale.
- Les étudiants en Soins Infirmiers qui ne profitent pas des modules de psychiatrie pour faire évoluer leurs représentations deviendront des professionnels mal à l'aise dans la prise en charge de patients souffrant de maladie mentale.
- Certains étudiants en Soins Infirmiers utilisent un vocabulaire stigmatisant pour les patients souffrant de maladies mentales, tels que « les fous », « les schizos », « les cinglés », « ceux qui n'ont pas la lumière à tous les étages ».
- Pour une grande partie des étudiants en Soins Infirmiers, la schizophrénie est associée à la violence.

1.2 Motivations personnelles

Notre motivation première à traiter de ce thème nous vient du constat suivant : lors de nos divers stages hors milieu psychiatrique, nous avons entendu certaines remarques ou observé des comportements inadéquats de la part des soignants face à des patients souffrant de maladies mentales.

Le premier d'entre nous a été témoin de la prise en charge inadaptée d'un patient souffrant d'état dépressif. Dès son arrivée, celui-ci s'était vu coller l'étiquette de la « mauvaise volonté ». Cela avait induit des comportements de stimulation excessive de la part de soignants. De plus, le patient n'a pas semblé avoir reçu l'écoute nécessaire à l'expression de ses sentiments car des infirmiers/ères craignaient que cela ne l'incite à se morfondre.

Le deuxième d'entre nous, a eu l'occasion d'assister à une prise en charge en soins généraux également très inconfortable ; il s'agissait d'une patiente âgée, hospitalisée pour une baisse de l'état général et qui était aussi connue pour souffrir d'une schizophrénie paranoïde¹, décompensée à son arrivée. Cette patiente était qualifiée de « folle » par l'équipe soignante et n'a reçu que le strict minimum de soins, elle n'a été transférée en hôpital psychiatrique qu'une semaine après son entrée, à la demande du psychiatre de liaison.

A partir de ces situations, nous nous sommes questionnés sur l'influence des représentations des soignants sur leurs prises en charge de patients souffrant de maladies mentales. Cependant en raison du caractère délicat de notre questionnement et des critiques que subit actuellement le Réseau Santé Valais (RSV) concernant sa qualité des soins (cf. article paru dans le Nouvelliste du 25 mars 2010 : *Ils s'attaquent au Réseau Santé Valais*), nous nous sommes naturellement tournés vers les représentations des étudiants en Soins Infirmiers au sujet de la maladie mentale.

Durant les années de formation déjà effectuées, nous avons pu constater, de la part de nos collègues de classe, des idées erronées ou des propos stéréotypés concernant divers troubles mentaux. Cependant, nous avons également pu assister à l'évolution de ces représentations grâce à des modules de formation théorique ainsi qu'aux périodes de formation pratique.

Pour terminer, nous souhaitons, par le biais de cette recherche, acquérir des connaissances plus approfondies sur les représentations ; sujet pour lequel nous avons un grand intérêt.

¹ Cf. le point 3.1.5.1 : Paranoïde

1.3 Motivations socioprofessionnelles

Actuellement, les IPVR (Institutions Psychiatriques du Valais Romand) travaillent sur le concept « *Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais 2007-2012* », dans leur rapport intermédiaire No 2 du 31.03.08¹, il a été souligné la nécessité d'identifier les besoins en matière de promotion de la santé mentale en Valais chez les professionnels de la santé et les représentations sociales dans la population au sujet de la maladie mentale. De plus, il a été constaté qu'aucune étude n'avait été menée en Valais, ni même en Suisse, à ce sujet. Nous souhaitons donc inscrire notre mémoire dans ce courant actuel lancé par les IPVR.

En choisissant les étudiants en Soins Infirmiers comme population cible, nous pourrions identifier les représentations de ces futurs professionnels ainsi que l'influence de la formation sur ceux-ci.

1.4 Motivations économiques

D'un point de vu économique, nous n'avons pas trouvé de données concernant l'influence des représentations des infirmiers/ères au sujet de la maladie mentale sur les coûts de la santé.

Cependant, en sachant que les coûts de la santé sont en lien avec la qualité de la prise en charge des patients et que cette prise en charge peut varier selon les représentations des soignants, nous pouvons en déduire que ces représentations ont des répercussions sur les coûts des hospitalisations. A savoir que si les représentations sont négatives, la prise en charge sera donc moins efficace et ainsi le rapport coût/efficacité sera augmenté.

Nous pouvons également supposer que les soignants qui ne se sentent pas à l'aise dans les prises en charge de patients souffrant de maladies mentales subissent un stress important. Si cette situation se reproduit fréquemment ou dure trop longtemps, ces travailleurs pourraient développer certains symptômes d'épuisement, dont de l'absentéisme. Cela aurait également des répercussions négatives sur les coûts de la santé.

¹BONVIN, Eric, DELLI-NOCI, Carlo, MASSE, Raymond. *Rapport intermédiaire n°2 - 31.09.2008* (Section H / Partie 1). In : *Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais, Concept 2007-2012*. Instituts Psychiatriques du Valais Romand (IPVR), Monthey, 2008. 16 p.

Adresse URL :

http://www.sifor.org/cms/_editable/files/pdf//H1c%20rapport%20interm%2008.pdf

1.5 Motivations politiques

La Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'Assurance Maladie (LAMal)¹ stipule dans le chapitre 4: « *Fournisseurs de prestations, Section 1: Admission, Article 39 Hôpitaux et autres institutions : Alinéa 1 : Les établissements et celles de leurs divisions qui servent au traitement hospitalier de maladies aiguës ou à l'exécution, en milieu hospitalier, de mesures médicales de réadaptation (hôpitaux) sont admis s'ils:*

a. garantissent une assistance médicale suffisante;

b. disposent du personnel qualifié nécessaire;

(...)

Alinéa 2 : Les cantons coordonnent leurs planifications. »

Au niveau du canton du Valais, la loi sur la santé du 14 février 2008² précise dans l'article 16 : « *Respect réciproque : Alinéa 1 : Le professionnel de la santé veille au respect de la dignité humaine et des droits individuels des patients. »*

et dans l'article 17 : « *Droit aux soins : Alinéa 1 : Chacun a droit aux soins que son état de santé requiert, dans le respect de sa dignité et indépendamment de sa situation économique et sociale. »*

Selon ces articles, le canton et la confédération doivent veiller à la qualité des soins et au respect des personnes soignées. Ils sont aussi impliqués économiquement dans la formation du personnel infirmier par les subventions accordées aux hautes écoles et au système de santé.

Enfin, la problématique de la santé mentale s'inscrit non seulement au niveau de la politique nationale comme le montre le rapport du 27 novembre 2006 sur la planification hospitalière (Guide "Planification de la psychiatrie") de la Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la sante (CDS)³ mais aussi au niveau international avec le Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être,

¹ Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'Assurance Maladie (LAMal)

Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf>

² Loi sur la santé du 14 février 2008 du Canton du Valais

Adresse URL : http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/LoisHtml/frame.asp?link=800.1.htm

³ Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la sante (CDS). Guide "Planification de la psychiatrie", Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière". Bern, le 27 novembre 2006.

Adresse URL : <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Psychiatrieplanung/GDK-Psychiatrieplanung8-f.pdf>

ainsi que sa conférence de haut-niveau de l'UE, "Ensemble pour la santé mentale et le bien-être" qui a eu lieu à Bruxelles les 12 et 13 juin 2008¹.

2 Problématique

Dans notre introduction, nous avons exposé des éléments qui nous paraissaient significatifs tels que des attitudes ou des comportements inadéquats de la part de soignants en milieu somatique concernant la maladie mentale, mais aussi des idées erronées ou des propos stigmatisant rencontrés auprès d'étudiants en Soins Infirmiers.

De plus, nous avons relevé la nécessité de mener des études sur les représentations sociales de la maladie mentale dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins destinés à cette population de malades mais aussi le confort du soignant au regard du stress que peut entraîner ce type de prise en charge.

C'est pourquoi nos interrogations se tournent vers les représentations sociales des étudiants en Soins Infirmiers, futurs professionnels, qui seront certainement amenés à prendre en charge des patients souffrant de schizophrénie et ce quel que soit le milieu de soins dans lequel ils exerceront.

2.1 Questions de recherche

Nous avons séparé nos questions de recherche de la manière suivante :

Youna KAMERZIN : « Quelles sont les représentations sociales des étudiants en Soins Infirmiers de niveau Bachelor au sujet de la schizophrénie avant d'avoir suivi le module 1007² ? »

Vincent FRANZEN : « Quelles sont les représentations sociales des étudiants en Soins Infirmiers de niveau Bachelor au sujet de la schizophrénie après avoir suivi le module 1007 ? »

¹ Conférence de haut-niveau de l'UE, "Ensemble pour la santé mentale et le bien-être". *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*. Bruxelles, 12-13 juin 2008
Adresse URL :

http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf

² Module 1007 : La schizophrénie : soins, développé au chapitre 3.2

2.2 Objectifs de travail

Au cours de cette recherche nous viserons les objectifs suivants que nous évaluerons à la fin de notre travail.

- Appliquer la méthode de recherche en Soins Infirmiers à notre travail de Bachelor.
- Identifier les représentations des étudiants Bachelor en Soins Infirmiers au sujet de la schizophrénie.
- Identifier l'influence de la formation sur les représentations des étudiants Bachelors en Soins Infirmiers au sujet de la schizophrénie.
- Faire évoluer nos propres représentations¹ sur les étudiants face à la schizophrénie.

2.3 Compétences travaillées

Au terme de notre formation Bachelor en Soins Infirmiers, nous aurons acquis neuf compétences professionnelles qui se seront développées tout au long de nos études. Lors de ce travail de Bachelor, nous travaillerons plus particulièrement les compétences 2 et 5.

Nous avons choisi la deuxième compétence intitulée « *Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires²* » et plus particulièrement le premier sous point « (l'étudiant) *Conduit une relation professionnelle appropriée à chaque situation de soins³* » car nous estimons que des représentations sociales négatives au sujet de la maladie mentale empêchent la création d'une relation professionnelle appropriée et ne permet pas le respect de l'individualité du patient souffrant de troubles mentaux.

C'est pourquoi en traitant ce sujet nous espérons permettre aux étudiants en Soins Infirmiers ainsi qu'aux professionnels de s'interroger sur l'importance de leurs propres représentations lors de leurs prises en charge.

Nous avons ensuite choisi la cinquième compétence ; « *Contribuer à la recherche en soins et en santé⁴* » car avec ce Travail de Bachelor nous allons nous initier à la recherche en Soins Infirmiers à partir d'une problématique que nous avons pu identifier sur le terrain. De plus, dans notre future carrière

¹ Citées au chapitre 1.1 Représentations personnelles

² Tiré du référentiel des compétences Bachelor en Soins Infirmiers de troisième année.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

professionnelle, nous pourrions bénéficier du savoir acquis lors de ce travail et utiliser les résultats obtenus à la fin de cette étude.

3 Concepts

Afin d'appréhender au mieux notre thème nous devons, en premier lieu, définir précisément les termes de notre question de recherche, tels que la schizophrénie, le module 1007 et les représentations sociales.

3.1 La schizophrénie

Le terme schizophrénie vient du grec « skhizô ; je divise » et « phrên ; esprit », il a été créé en 1911 par le psychiatre suisse Eugen BLEULER afin de désigner *« tous les états mentaux qui présentent comme caractère essentiel la dissociation et la discordance des fonctions psychiques (affectives, intellectuelles et psychomotrices) avec perte de l'unité de la personnalité, rupture du contact avec la réalité, délire et tendance à s'enfermer dans un monde intérieur.¹ »*

Dans son ouvrage, Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale, Mary C. TOWNSEND ajoute : *« Parmi toutes les maladies mentales de notre société, la schizophrénie se classe sans doute au premier rang par la durée de l'hospitalisation, l'importance de la perturbation de la vie familiale, l'ampleur des coûts sur les plans personnel et social, et l'intensité des peurs et des souffrances vécues. Comme elle menace la vie et le bonheur, et comme ses causes restent obscures, la schizophrénie a davantage été étudiée que tout autre trouble mental.² »*

3.1.1 L'historique

La première description clinique de la schizophrénie est attribuée à Bénédict-Augustin MOREL (1809-1873), elle était alors connue sous le nom de démence précoce³ et regroupait divers symptômes tels que le négativisme*, la stéréotypie des attitudes, la catatonie, la suggestibilité, les tics et grimaces bizarres.

¹ Tiré de GARNIER, DELAMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29^e édition. Paris : Maloine, 2006. 1048 p.

² Tiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2004. 692 p.

³ Les termes suivis d'un astérisque sont définis dans l'annexe A : Lexique

En 1899, Emile KRAEPELIN (1856-1926) considéra que la démence précoce pouvait se présenter sous trois formes cliniques ; la catatonique, l'hébéphrénique et la paranoïaque. Il ajouta également la notion d'évolution jusqu'à un stade terminal de la pathologie.

Puis en 1911, afin de se démarquer de la conception Kraepelinienne de la démence précoce, Eugen BLEULER (1857-1939) créa le terme schizophrénie. Il souhaitait se consacrer d'avantage à l'étude de la psychopathologie et non plus uniquement à la description objective des signes cliniques. BLEULER détermina trois « symptômes fondamentaux » de la schizophrénie, il s'agissait de l'altération des fonctions élémentaires, les troubles de l'affectivité et l'ambivalence*, il ajouta également la « schizophrénie simple » aux formes cliniques déjà présentées par KRAEPELIN.

Durant la Première Guerre Mondiale, l'approche psychanalytique fut prédominante. En 1914, Sigmund FREUD (1856-1939) mit en relation la schizophrénie et le narcissisme, il expliquait la maladie par une libido* désintéressée du monde extérieur et exclusivement dirigée envers le monde intérieur de l'individu. Puis en 1920, il ajouta la notion de dualité entre les pulsions de vie, Eros, et les pulsions de mort, Thanatos, qui auraient été en lutte permanente chez les personnes souffrant de schizophrénie. Carl Gustav JUNG (1875-1961), également très présent durant cette période, s'appliqua principalement à interpréter les délires* et hallucinations* sans créer de modèle pathologique.

Dès 1921 apparaissaient diverses thérapeutiques visant à soigner la schizophrénie. La pionnière fut la narcothérapie, créée par Jacob KLAESI (1883-1980), elle constituait en une cure de sommeil induite par des barbituriques, ayant pour but d'inhiber les automatismes mentaux présents chez l'individu. En 1933, Manfred SAKEL (1900-1957) mit au point l'insulinothérapie, il s'agissait d'administrer de l'insuline au patient afin de générer un coma hypoglycémique convulsif qui devait améliorer son état psychique. Puis, Hugo CERLETTI (1877-1963), également convaincu par le bienfait des convulsions sur le psychisme, proposa en 1938 une convulsivothérapie par électrochocs. Cependant, il fut démontré peu après que le traitement par électrochocs sous narcose présentait une efficacité semblable.

Durant cette même période, la psychochirurgie se développa notamment grâce au neurologue Antonio Caetano De ABREU FREIRE (1874-1955), connu sous le nom d'Egas MONIZ, qui convainc un neurochirurgien de sectionner les fibres

blanches liant les lobes frontaux aux structures centrales du cerveau d'un patient (lobotomie) afin de le rendre plus docile et moins soucieux. Les neurochirurgiens utilisaient de nombreuses techniques opératoires différentes pouvant aller jusqu'à l'ablation d'un lobe cérébral (lobectomie).

L'intervention chirurgicale ne fait aujourd'hui plus partie des différentes thérapeutiques de la schizophrénie.

La Seconde Guerre Mondiale entraîna de très nombreux décès de personnes atteintes de maladies mentales ; Lucien BONNAFE (1912-2003) chiffre à 40'000 le nombre de patients morts de faim et de froid dans les hôpitaux psychiatriques français durant la période de l'occupation. Les individus souffrant de schizophrénie étaient majoritairement touchés par la dénutrition. Mais cette époque fut aussi celle d'innovations psychothérapeutiques. En 1943, Paul FEDERN (1871-1950), adepte des conceptions Freudiennes, utilisa la psychanalyse afin de rétablir les limites du Moi*, considérées comme inexistantes chez les patients atteints de schizophrénie. Cette même année fut marquée par les premières thérapies par le milieu, inspirées des travaux de Frieda FROMM-REICHMANN (1889-1957). Cette thérapie était basée sur la communication, la relation patient-analyste et l'aménagement spécifique de l'environnement.

L'année 1952 fut révolutionnaire dans le traitement de la schizophrénie, grâce à la Chlorpromazine, principe actif du Largactil®, le premier neuroleptique à voir le jour. Les psychiatres Jean DELAY (1907-1987) et Pierre DENIKER (1917-1998) commencèrent à administrer ce médicament, en monothérapie, de façon continue et sur une longue durée, à des patients souffrant de schizophrénie. Ils observèrent une diminution des symptômes psychotiques, soit des hallucinations et des délires, mais ils ne constatèrent aucune amélioration sur les formes hébéphréniques ou catatoniques de la maladie¹. Le mécanisme d'action de la Chlorpromazine n'étant pourtant pas clairement compris, les neurologues cherchèrent des étiologies biologiques. En premier lieu, une hyperactivité de la Dopamine fut mise en cause, puis certaines anomalies structurelles du cerveau, une défaillance du système nerveux central et pour terminer la présence d'une vulnérabilité génétique.

¹ Descriptions au point 3.1.3 Les manifestations cliniques et au point 3.1.5 Les formes cliniques

La fin des années 60 vit naître un courant de pensée antipsychiatrique qui niait la schizophrénie en tant que pathologie mais la considérait comme présente chez tous les individus. En 1965, l'antipsychiatre Ronald LAING (1927-1989) fonda le Kingsley Hall à Londres, un établissement expérimental accueillant des personnes souffrant de schizophrénie et dans lequel elles avaient la possibilité de régresser à des stades affectifs très primitifs afin de renaître libérées de leurs symptômes. La plus célèbre de leurs réussites est celle de Mary BARNES (1923-2001) qui « guérit » après avoir passé 5 ans dans l'établissement et publia un livre où elle raconte son « voyage ». *« J'étais ici et non pas ailleurs. Mais étais-je vraiment ici, complètement ici ? Je me tâtais. J'étais assise, immobile et froide comme une statue. Je me rappelai : Ronnie¹ avait dit qu'il y aurait une maison. Pour que je puisse descendre et remonter la pente. Etre comme un enfant, devenir folle puis regrandir. C'était arrivé. Je redécouvrais la vérité.² »* Ensuite, le débat d'opinions entre psychiatres et antipsychiatres permit de rendre plus visible la maladie. Le terme schizophrénie se popularisa et commença à être utilisé pour qualifier des phénomènes sociaux, tels que la politique, l'économie et l'art, ainsi les médias n'hésitaient pas à qualifier de schizophrènes les formes d'art surréalistes ou abstraites. L'adjectif, détourné de son sens initial, était utilisé pour signifier une contradiction, c'est pourquoi il n'était pas rare de lire un article intitulé par exemple *« les dangers d'une schizophrénie monétaire³ »*.

Le principal exemple d'utilisation abusive du terme est probablement « la schizophrénie torpide » qui était diagnostiquée chez les dissidents politiques en URSS.

Dès le début des années 80, l'OMS dirigea diverses études visant à démontrer l'universalité de la schizophrénie. L'organisation souhaitait également unifier les critères de diagnostics et les traitements. Le CIM (Classification Internationale des Maladies) et le DSM (Diagnostic and Statistical Manual) évoluèrent jusqu'à aboutir en 1993 et 1994 aux CIM-10 et DSM-IV, éditions encore utilisées à l'heure actuelle.

Aujourd'hui encore, la schizophrénie est l'objet de nombreuses études qui aspirent à percer le mystère de son étiologie. Cependant, bon nombre de chercheurs s'accordent à dire que ses causes sont multiples et que sa thérapeutique doit l'être également. C'est pourquoi, actuellement, l'accent est mis

¹ Dr Ronald LAING, cité précédemment.

² Tiré de BARNES, Mary, BERKE, Joseph. *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*. Paris : Editions du Seuil, 2001. 458 p.

³ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

la qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie, grâce notamment à l'individualisation des soins et à la réhabilitation psychosociale.

3.1.2 L'épidémiologie

La schizophrénie est la forme de psychose* chronique la plus répandue, selon l'OMS elle toucherait 0,7% de la population adulte, soit environ 24 millions de personnes à travers le monde.

La schizophrénie est une pathologie ubiquitaire*, sa prévalence* est élevée en raison de son caractère chronique mais son incidence* est relativement basse avec environ 3 nouveaux cas sur 10'000 personnes par an¹. Elle est légèrement plus présente chez les hommes que les femmes².

Approximativement 40% des personnes atteintes de schizophrénie tentent de se suicider, 10% d'entre elles aboutissent leur suicide, ce qui a pour conséquence une diminution de leur espérance de vie d'en moyenne 10 ans par rapport à la population générale³.

Plus de 50% des individus souffrant de schizophrénie à travers le monde ne bénéficient pas de soins appropriés, 90% de ces personnes vivent dans des pays en voie de développement⁴.

3.1.3 Les manifestations cliniques

La schizophrénie comporte des épisodes aigus durant lesquels la personne en crise présente principalement des délires et hallucinations. Cependant on rencontre aussi des périodes de stabilisation où prédominent des symptômes négatifs chroniques qui peuvent fortement handicaper la personne au quotidien.

En moyenne, la pathologie se déclare entre 18 et 25 ans chez les hommes et entre 25 et 35 ans chez les femmes mais pour les deux sexes, il existe des formes tardives débutant après 45 ans.

¹ Tiré du site de l'OMS. « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

² LALONDE, Pierre et collaborateurs. *Démystifier les maladies mentales, la schizophrénie*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin Editeur, 1995. 185 p.

³ Tiré de LLORCA, Pierre-Michel. *La schizophrénie*. Centre médico-psychologique, CHU de Clermont Ferrand, 2004. 10 p.

Adresse URL: <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

⁴ Tiré du site de l'OMS. « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

Les manifestations cliniques de la schizophrénie se regroupent en trois dimensions principales ; psychotique, de désorganisation et négative.

La plupart des personnes souffrant de schizophrénie manifestent des symptômes provenant de ces trois dimensions mais ceux-ci peuvent varier en intensité.

3.1.3.1 La dimension psychotique

La première dimension est dite psychotique, ou positive, elle comprend principalement les hallucinations auditives et visuelles, celles-ci sont plus rarement tactiles, olfactives ou gustatives. Environ 74% des personnes souffrant de schizophrénie entendent des voix¹, qui sont le plus souvent péjoratives, désagréables et menaçantes.

Les idées délirantes, également comprises dans cette première dimension, peuvent être de référence, de persécution, d'influence, de contrôle, de grandeur ou mystiques. Le délire est généralement peu construit, flou mais il peut générer de grandes inquiétudes selon la conviction qui lui est accordé par la personne délirante.

Les derniers symptômes présents dans cette dimension sont la dépersonnalisation* et la déréalisation*.

3.1.3.2 La dimension de désorganisation

La deuxième dimension, dite de désorganisation, se traduit en premier lieu par un discours décousu, illogique, une fuite des idées, des digressions*, et pouvant aller jusqu'à la schizophasie*.

La désorganisation touche ensuite l'affectivité, elle se manifeste par une discordance entre la situation vécue et l'expression émotionnelle de la personne, les sentiments sont souvent exprimés de manière excessive et ambivalente.

Le comportement est lui aussi désorganisé, avec des attitudes stéréotypées, des déambulations sans but et parfois de l'hyperactivité motrice. En public, le comportement de la personne qui souffre de schizophrénie est souvent remarqué car il enfonce les normes sociales, il peut se manifester par une tenue négligée et inappropriée, un soliloque*, une interpellation incongrue des passants, une agitation psychomotrice. La personne peut également s'exhiber ou se montrer agressive et hostile.

Le quotidien est souvent affecté par cette désorganisation et il peut être difficile à la personne de faire son ménage, ses courses, cuisiner, se vêtir de manière adéquate, ou parfois effectuer ses soins d'hygiène.

¹ Tiré de GUELF, J-D. ROUILLON, F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2007. 777 p.

3.1.3.3 La dimension négative

La troisième dimension, appelée dimension négative, englobe toutes les manifestations de l'appauvrissement psychique, telles que l'isolement social, l'anhédonie*, l'émoussement affectif*, une impression de froideur et d'indifférence, un ralentissement cognitif avec une diminution de la concentration, de l'attention, de la mémorisation et de la capacité d'abstraction.

Ces symptômes négatifs peuvent être soit des conséquences directes de la pathologie, soit secondaires aux traitements antipsychotiques et aux longues hospitalisations.

3.1.4 Diagnostic

Le DSM-IV (DSM-IV: Diagnostic and Statistical Manual - Revision 4) définit la maladie mentale comme « *tout syndrome comportemental ou psychologique significatif sur le plan clinique qui survient chez une personne et qui est associée à une détresse concomitante (par ex. Symptôme de souffrance) ou à un handicap (altération d'un ou de plusieurs éléments importants du fonctionnement), ou bien à un risque significativement élevé de décès, de souffrance, de handicap ou de perte importante de liberté.* »¹

Le CIM-10², quant à lui, classe la schizophrénie, les troubles schizotypiques et les troubles délirants dans les chapitres F20 à F29.

Le chapitre F20, intitulé « la schizophrénie », définit que « *Les troubles schizophréniques se caractérisent habituellement par des distorsions fondamentales et caractéristiques de la pensée et de la perception, ainsi que par des affects inappropriés ou émoussés. La clarté de l'état de conscience et les capacités intellectuelles sont habituellement préservées, bien que certains déficits des fonctions cognitives puissent apparaître au cours de l'évolution. Les phénomènes psychopathologiques les plus importants sont : l'écho de la pensée, les pensées imposées et le vol de la pensée, la divulgation de la pensée, la perception délirante, les idées délirantes de contrôle, d'influence ou de passivité, les hallucinations dans lesquelles des voix parlent ou discutent du sujet à la*

¹ Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

² Tiré du CIM-10 : Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes - Dixième révision.

troisième personne, les troubles du cours de la pensée et les symptômes négatifs.¹ »

Le diagnostic de schizophrénie, comme celui de nombreuses maladies mentales, n'étant pas aisé à poser, il existe des critères spécifiques et internationaux établis par le DSM-IV et le CIM-10. En raison de leur équivalence de résultats, nous avons fait le choix de ne pas exposer les critères complets des deux classifications mais uniquement ceux du DSM-IV et d'apporter des compléments à l'aide de ceux du CIM-10.

Les 6 critères du DSM-IV, de A à F, sont extrêmement précis afin d'éviter de poser le lourd diagnostic de schizophrénie à la légère et ils permettent un langage commun international.

« A. Symptômes caractéristiques : 2 (ou plus) des manifestations suivantes présentes, chacune pendant une partie significative du temps pendant une période d'1 mois (ou moins, quand elles répondent au traitement) :

- *Idées délirantes*
- *Hallucinations*
- *Discours désorganisé (coq-à-l'âne fréquents ou incohérence)*
- *Comportement grossièrement désorganisé ou catatonique*
- *Symptômes négatifs, par ex., émoussement affectif, alogie*, ou perte de volonté.*

N.B. : *Un seul symptôme du critère A est requis si les idées délirantes sont bizarres ou si les hallucinations consistent en une voix commentant en permanence le comportement ou les pensées du sujet, ou si, dans les hallucinations, plusieurs voix conversent entre elles.² »*

Paradoxalement, plus l'entrée dans la maladie se fait brusquement avec des symptômes francs et prononcés, plus la schizophrénie peut être rapidement diagnostiquée et donc traitée.

A l'inverse, lorsque l'apparition est insidieuse avec des manifestations peu marquées ou principalement négatives, le diagnostic est retardé ainsi que la

¹ Tiré de LOUYS, Jacques, ROBINET, Bernard. *Législation PSY, Lois, règlements, rapports et discours officiels concernant le psychisme*.
Adresse URL : <http://www.legislation-psy.com/>

² Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

prise en charge, de plus l'isolement social, l'échec scolaire ou professionnel peuvent déjà être fortement implantés.

« **B. Dysfonctionnement social / des activités :** pendant une partie significative du temps depuis la survenue de la perturbation, un ou plusieurs domaines majeurs du fonctionnement tels que le travail, les relations interpersonnelles, ou les soins personnels sont nettement inférieurs au niveau atteint avant la survenue de la perturbation (ou, en cas de survenue dans l'enfance ou l'adolescence, incapacité à atteindre le niveau de réalisation interpersonnelles, scolaire ou dans d'autres activités, auquel on aurait pu s'attendre).¹ »

En raison de l'âge moyen d'apparition de la maladie (fin de l'adolescence à jeune adulte) et du prolongement de la durée de formation professionnelle, le déclenchement de la schizophrénie peut empêcher certaines personnes d'achever leurs apprentissages ou études et ainsi entraver leurs processus de réhabilitation psychosociale.

« **C. Durée :** Des signes permanents de la perturbation persistent pendant au moins 6 mois. Cette période de 6 mois doit comprendre au moins 1 mois de symptômes (ou moins quand ils répondent favorablement au traitement) qui répondent au critère A (c.-à-d., symptômes de la phase active) et peut comprendre des périodes de symptômes prodromiques* ou résiduels. Pendant ces périodes prodromiques ou résiduelles les signes de la perturbation peuvent se manifester uniquement par des symptômes négatifs ou par 2 ou plus des symptômes figurant dans le critère A, présents sous une forme atténuée (par ex., croyances bizarres, perceptions inhabituelles).² »

Le CIM-10 stipule que ces mêmes symptômes doivent être présents sur une période de 1 an pour que le diagnostic puisse être posé.

Ces critères de durée sont nécessaires afin de ne pas précipiter l'annonce d'un diagnostic lourd de conséquences pour la personne et ses proches, mais ils

¹ Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

² Ibid.

retardent souvent la prise en charge adaptée qui améliore le pronostic à long terme de la maladie.

« **D. Exclusion d'un trouble schizo-affectif et d'un trouble de l'humeur.** Un trouble schizo-affectif et un trouble de l'humeur avec caractéristiques psychotiques ont été éliminés :

1. *Soit parce qu'aucun épisode dépressif majeur, maniaque ou mixte n'a été présent simultanément aux symptômes de la phase active.*
2. *Soit parce que si des épisodes thymiques ont été présents pendant les symptômes de la phase active, leur durée totale a été brève par rapport à la durée des périodes actives et résiduelles.¹ »*

Les troubles de l'humeur se divisent en deux grandes catégories, la première, dite unipolaire, comprend tous les troubles dépressifs, ceux-ci peuvent varier en intensité et en régularité. C'est principalement au cours des dépressions* sévères et mélancoliques* que l'on est susceptible de rencontrer des symptômes psychotiques, le plus souvent en lien avec des idées de culpabilité ou de punition.

La seconde catégorie est celle des troubles dits bipolaires, ils se manifestent par une alternance entre des épisodes dépressifs et des épisodes d'hypomanie* ou de manie*, ces épisodes sont entrecoupés par des périodes, plus ou moins longues, de normalité. Comme la dépression sévère, la phase maniaque peut s'accompagner d'hallucinations et de délires, liés le plus souvent à des idées de grandeur.

Le trouble schizo-affectif correspond à l'association d'une symptomatologie schizophrénique et d'une symptomatologie des troubles de l'humeur. La personne souffrant de trouble schizo-affectif peut donc présenter un tableau clinique complexe où l'on peut retrouver, par exemple, des hallucinations, des idées délirantes, un émoussement affectif, un isolement social, des idées suicidaires, de la dépression, de l'euphorie ou de l'hyperactivité.

Facilement différenciables selon les critères diagnostics établis, ces pathologies peuvent en réalité regrouper des symptômes très semblables et parfois peu

¹ Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

marqués. Pourtant de la justesse de la pose du diagnostic dépendra la prise en charge médicamenteuse, thérapeutique et éducationnelle.

« **E. Exclusion d'une affection médicale générale / due à une substance :** la perturbation n'est pas due aux effets physiologiques directs d'une substance (c.-à-d. une drogue donnant lieu à un abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale.¹ »

Les substances pouvant provoquer des hallucinations ou idées délirantes sont par exemple, l'alcool, les amphétamines, le cannabis, la cocaïne, les hallucinogènes, les opiacés, les hypnotiques ou les anxiolytiques. Il peut également s'agir de médicaments tels que les antibiotiques, les antidépresseurs, les antiparkinsoniens, les corticostéroïdes ou encore les hypotenseurs.

Certaines affections médicales sont également connues pour pouvoir provoquer des symptômes psychotiques, il s'agit principalement de l'épilepsie, les infections du système nerveux, les maladies vasculaires cérébrales, la sclérose en plaques, la chorée de Huntington*, des affections thyroïdiennes, l'hypoglycémie ou certaines maladies hépatiques et rénales.²

« **F. Relation avec un trouble envahissant du développement :** en cas d'antécédent de trouble autistique ou d'un autre trouble envahissant du développement, le diagnostic additionnel de schizophrénie n'est fait que si des idées délirantes ou des hallucinations prononcées sont également présentes pendant au moins 1 mois (ou moins quand elles répondent favorablement au traitement).³ »

A noter qu'une personne mineure répondant à tous ces critères ne se verra pas poser un diagnostic de schizophrénie mais de trouble schizophréniforme, schizo-affectif ou plus vaguement, de trouble envahissant du développement, car un épisode psychotique, même prolongé, au cours de l'adolescence peut s'avérer transitoire et ne pas évoluer vers une schizophrénie.

¹ Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

² Listes non-exhaustives tirées de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2004. 692 p.

³ Tiré de American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

3.1.5 Les formes cliniques

La schizophrénie peut se manifester sous plusieurs formes cliniques, le diagnostic dépend de la symptomatologie dominante au moment de l'évaluation. Nous présentons ici un mélange des formes cliniques du CIM-10 et du DSM-IV-TR.

3.1.5.1 Paranoïde

Il s'agit de la forme clinique la plus répandue, avec une prédominance de symptômes positifs et peu de manifestations négatives ou désorganisées. La schizophrénie paranoïde apparaît plus tardivement et présente une bonne réponse au traitement médicamenteux, elle est la forme clinique ayant le meilleur pronostic.

3.1.5.2 Catatonique

Encore présente il y a quelques décennies, la schizophrénie catatonique est aujourd'hui devenue très rare grâce à l'utilisation des neuroleptiques. Cette forme clinique se manifeste par des troubles psychomoteurs extrêmes ; la stupeur catatonique*, où la personne n'effectue aucun mouvement volontaire et qui peut s'accompagner de mutisme, ou à l'inverse, une surexcitation parfois violente et destructrice.

3.1.5.3 Hébéphrénique ou désorganisée

Cette forme est marquée par un début insidieux, une évolution chronique et une détérioration à long terme. Le comportement de la personne atteinte de schizophrénie hébéphrénique est principalement désorganisé et régressif, les délires ou hallucinations sont rares. Les individus sont souvent touchés par la désocialisation en raison de leur manque de contact avec la réalité. Par ailleurs, le traitement médicamenteux est peu efficace sur les symptômes de ce type de schizophrénie.

3.1.5.4 Indifférenciée

Le diagnostic de schizophrénie indifférenciée est posé lorsque la personne répond aux critères généraux de la pathologie mais que ses symptômes ne sont pas spécifiques à une autre forme clinique.

3.1.5.5 Résiduelle

La schizophrénie résiduelle est la forme chronique qui peut se déclarer après un épisode aigu. L'individu présente une majorité de symptômes négatifs et s'il y a persistance de délires ou hallucinations ceux-ci sont fortement atténués.

3.1.6 Les hypothèses étiologiques¹

Les causes exactes de la schizophrénie restent toujours inconnues. La maladie découlerait d'une combinaison de facteurs biologiques, psychologiques et environnementaux qui englobent aussi l'aspect sociologique.

3.1.6.1 Les influences biologiques

Les facteurs génétiques :

Des études révèlent que la schizophrénie résulterait d'une fragilité génétique. On remarque que les proches parents de personnes atteintes de schizophrénie sont plus exposés que la population en générale (5% de risque à vie de souffrir d'une schizophrénie pour un enfant, un frère ou une sœur d'une personne atteinte de schizophrénie, contre 1% dans la population normale²).

Cependant le mode de transmission héréditaire reste inconnu et aucun marqueur biologique évident n'a été trouvé.

Les facteurs biochimiques : Deux hypothèses ont été avancées :

L'hypothèse de la dopamine : Selon elle la maladie serait provoquée par une suractivité neuronale. « *Cette suractivité excédentaire pourrait être reliée à une production ou à une libération accrues de la dopamine à la hauteur des terminaisons nerveuses, à une augmentation de la sensibilité des récepteurs de cette substance, à un nombre plus élevé de récepteurs ou encore à une combinaison de ces mécanismes (Sadock et Sadock, 2007³)⁴* »

¹ Inspiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

² HO, B.C., BLACK, D.W., et ANDREASEN, N.C. *Schizophrenia and other psychotic disorders*. dans R.E. HALES et S.C. YUDOFKY (dir.). *Textbook of clinical psychiatry*, 4^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Publishing. 2003. 1760 p.

³ SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. *Synopsis of psychiatry : Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10^{ème} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins. 2007. 1479 p.

⁴ Tiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

Autres hypothèses biochimiques : De plus d'autres substances biochimiques sont mises en avant pour expliquer la prédisposition à cette maladie, comme « *par exemple des anomalies de neurotransmetteurs (...) et de neurorégulateurs (...). L'organisme peut alors fabriquer un hallucinogène ou un psychomimétique qui usurpe le rôle des voies habituelles (...) dans le cerveau de la personne atteinte de schizophrénie.*¹ »

Les facteurs physiologiques :

Infections virales : Des résultats épidémiologiques ont présenté que suite à une exposition prénatale à l'influenza on retrouve une incidence élevée de schizophrénie. Une autre étude associe l'apparition de la schizophrénie à l'âge adulte avec une infection virale du système nerveux central durant l'enfance.

Anomalie anatomique : Les nouvelles techniques d'imagerie médicale ont permis de visualiser des anomalies du cerveau, dont un élargissement des ventricules cérébraux.

Changements histologiques : A l'échelle microscopique, les chercheurs ont constaté une désorganisation des cellules pyramidales* de la zone de l'hippocampe*. En comparant des cerveaux sains à des cerveaux malades, des chercheurs ont posé l'hypothèse que l'altération des cellules de l'hippocampe survient au deuxième trimestre de la grossesse et peut être associée au virus de la grippe contractée par la mère durant cette période.

Maladie physiques : Selon des études, il existerait un lien évident entre la schizophrénie et les affections suivantes :

- | | |
|--|-------------------------------------|
| « - l'épilepsie (surtout du lobe temporal) | - lupus érythémateux disséminé* |
| - la chorée de Huntington | - myxœdème* |
| - un traumatisme à la naissance | - maladie de Parkinson |
| - un traumatisme crânien à l'âge adulte | - tumeur cérébrale |
| - l'abus d'alcool | - maladie de Wilson* ² » |
| - accident vasculaire cérébral | |

¹ Tiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

² Ibid.

3.1.6.2 Les influences psychologiques

Dans les premières théories, les relations familiales inadéquates étaient considérées comme un facteur étiologique majeur de la maladie. Cependant, ces théories ont été remises en question récemment par les chercheurs, qui se concentrent plus particulièrement sur la schizophrénie comme un trouble du cerveau.

Nous aborderons tout de même ci-après les diverses théories psychosociales :

Les théories psychanalytiques : Les apports théoriques concernant la schizophrénie sont nombreux et dépendent des différents courants psychanalytiques. Classiquement les troubles de la relation dans la petite enfance avec la mère sont régulièrement mis en avant par les auteurs. Les mères de personnes souffrant de schizophrénie sont souvent décrites comme « *froides, surprotectrices et dominantes* »¹. Par leurs comportements elles freineraient le développement du Moi de l'enfant qui se trouverait alors incapable, à l'adolescence ou au début de l'âge adulte, de faire face aux exigences de la réalité. Il se retirerait alors dans un processus de la pensée schizophrène.

Le système familial dysfonctionnel : En 1978, BOWEN² explique que la schizophrénie résulterait d'une relation symbiotique entre l'enfant et l'un de ses parents. Cette relation trouverait son origine dans un conflit entre les parents. Ce conflit engendrerait alors de l'anxiété dans la famille. Afin de réduire son anxiété l'un des deux parents (le plus souvent la mère) surinvestirait son enfant donnant lieu à cette relation fusionnelle. A l'âge adulte cette dépendance à un parent demeurerait et l'enfant resterait incapable de faire face aux exigences du fonctionnement adulte.

La communication (ou le discours) à double contrainte : En 1956, BATESON³ et son équipe de l'école de Palo Alto, ont pu remarquer ce type de communication dans les familles de patients atteints de schizophrénie lors de thérapie familiale systémique. « *Ce type de communication se caractérise par des messages suivis d'un énoncé contradictoire. (...) Il peut s'agir d'expressions*

¹ BIRCHWOOD, M.J., [et al.]. *Schizophrenia : An integrated approach to research and treatment*. New York : New York University Press, 1989. 432 p.

² BOWEN, M. *Family therapy in clinical practice*. 1st Edition. New York : Jason Aronson Inc., 1978. 575 p.

³ BATESON, G., [et al.]. *Toward a Theory of Schizophrenia*. In : BATESON, G. *Steps to an Ecology of Mind*. The University of Chicago Press, Chicago, 2000. pp. 201-227.

verbales ou non verbales, susceptibles de nuire au développement du Moi et amenant le sujet à vivre toute communication à partir d'idées fausses et de profonde méfiance. »¹. Paul WATZLAWICK, (théoricien dans la théorie de la communication et le constructivisme radical, membre fondateur de l'École de Palo Alto) donnait l'exemple suivant :

« Une mère rend visite à son enfant et lui offre deux cravates, une bleue et une rouge. À la visite suivante, l'enfant se présente avec la cravate rouge. La mère lui dit : « tu n'aimes pas la cravate bleue » ?

À la visite suivante, l'enfant se présente avec la cravate bleue. La mère lui dit : « tu n'aimes pas la cravate rouge » ?

*À la visite suivante encore, l'enfant se présente avec les cravates bleue et rouge à la fois au cou et sa mère lui dit : « Ce n'est pas étonnant que tu sois placé en pédopsychiatrie ! ».*² »

3.1.6.3 Les influences environnementales

Les facteurs socioéconomiques : Selon des statistiques, les personnes issues de groupes socioéconomiques défavorisés présentent plus de symptômes liés à la schizophrénie que celles issues de groupes socioéconomiques favorisés³. Les facteurs suivants seraient à l'origine de cette constatation :

- « - *Promiscuité dans les foyers*
- *Malnutrition*
- *Absence de soins périnataux*
- *Rareté des ressources en cas de situation stressante*
- *Sentiments d'impuissance quant aux possibilités d'échapper à la pauvreté*⁴ »

Cependant d'autres études¹ mettent en avant qu'une condition socioéconomique défavorisée serait la conséquence et non la cause d'une schizophrénie. En effet,

¹ Tiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

² Tiré du site : http://beatricegiraudeau.typepad.fr/sculpter_sa_vie/2011/06/la-double-contraainte.html

³ HO, B.C., BLACK D.W., et ANDREASEN, N.C. *Schizophrenia and other psychotic disorders*. In. HALES, R.E. et YUDOFKY, S.C. (dir.). *Textbook of clinical psychiatry*, 4^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Publishing. 2003. 1760 p.

⁴ TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

il paraît plus difficile pour une personne souffrant de schizophrénie de conserver un emploi ainsi que des relations stables, ou de quitter une situation socioéconomique défavorisée.

Au niveau helvétique une étude a été menée à Genève en 2007 concernant les revenus et dépenses des patients souffrant de psychose chronique. Sa conclusion est que : « *nous constatons que la grande majorité des patients bénéficie de conditions décentes. Seuls les patients symptomatiques vivent dans une relative précarité.*² ». Les auteurs ajoutent que « *Les moyens alloués à ces patients leur permettent de bénéficier de conditions de vie décentes. Toutefois, l'argent «libre» (argent qui leur reste après déduction des primes d'assurance, loyer...) ne paraît pas être utilisé de manière optimale. Ce résultat recouvre dans une certaine mesure ceux d'autres études qui montrent par exemple que jusqu'à un tiers des revenus des patients peut être consacré à la consommation de cigarettes. D'autres soulignent que la consommation de substances toxiques augmente le jour du mois où les patients reçoivent leur argent.*³ » enfin : « *En conclusion, ces résultats soulignent que le traitement médical et l'aide sociale aux patients souffrant de psychose chronique permet à la plupart d'entre eux de mener une existence «convenable» à Genève. Toutefois, il apparaît qu'un accent plus important devrait être apporté dans l'aide à la gestion de l'argent, notamment dans le sens de développer des activités de loisirs et des activités plus rémunératrices.*⁴ »

A noter que nous n'avons pas pu trouver de données socioéconomiques concernant la population souffrant de psychose chronique en Valais.

Les événements stressants : BROWN G W. et BIRLEY J. mettent en avant dans une étude que des événements stressants seraient survenus trois semaines avant l'apparition de symptômes psychotiques chez certains sujets⁵. Cependant aucune preuve scientifique n'a pu prouver que le stress causerait une schizophrénie. Il paraît plus vraisemblable que le stress pourrait être un facteur déclenchant chez une personne prédisposée à la maladie.

¹ SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. *Synopsis of psychiatry : Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10^{ème} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins. 2007. 1479 p.

² Tiré de HUGUELET, P., MOHR, S., BOUCHERIE, M., DUPONT-WILLEMEN, S., FERRERO, F., BORRAS, L. *Revenus et dépenses des patients souffrant de psychose chronique*. In : Revue Médicale Suisse n° 125 art n° 32561. Publiée le 19/09/2007.

³ Ibid.

⁴ Ibid.

⁵ BROWN G W., BIRLEY J. *Crises and life changes and the onset of schizophrenia*. In : Journal of Health and Social Behaviour, 9. 1968. p. 203-214

D'autres études ont prouvé qu'un stress (un désastre naturel, une attaque terroriste, un ouragan ou un deuil soudain) vécu par la mère durant la grossesse favoriserait l'apparition de la schizophrénie chez l'enfant à l'âge adulte. HUTTUNEN et NISKANEN ont mis en avant dans leur étude que le taux de schizophrénie était plus élevé chez les personnes ayant perdu leur père durant leur période prénatale¹. Dans une autre étude, VAN OS et SELTON ont constaté que l'offensive allemande sur les Pays-Bas de 1940, qui s'est déroulée en cinq jours, a eu pour effet une augmentation du taux de schizophrénie dans la population exposée in utero durant la même période². « Selon certains chercheurs, (la) période de la mi-grossesse (deuxième trimestre) serait décisive et critique pour le développement cérébral. »³ donc un stress vécu par la mère à cette période pourrait entraîner des troubles neurodéveloppementaux chez le fœtus se traduisant à l'âge adulte par des troubles psychotiques.

Consommation de drogues : le cannabis⁴ : Plusieurs études ont démontré qu'une consommation de cannabis durant l'adolescence pouvait augmenter le risque de troubles psychotiques.

En 2002, VAN OS et al.⁵ ont observé sur une période de trois ans que la consommation de cannabis augmente le risque de symptômes psychotiques chez des sujets qui n'en manifestaient pas au début de l'étude.

ARSENEAULT L. et al.⁶ ont mené en 2004 une revue de la littérature sur ce sujet et sont arrivés à la conclusion que le risque de psychose chez les consommateurs de cannabis est deux fois plus important.

En 2002, ARSENEAULT L. et al.⁷ avaient déjà mené une étude portant sur 1034 nouveaux nés suivis jusqu'à l'âge de 26 ans. Ils sont arrivés à la conclusion que la consommation de cannabis à l'âge de 15 ans et 18 ans augmente le risque de troubles psychotiques à 26 ans. De plus les auteurs avaient investigué la

¹ HUTTUNEN, MATTI O., NISKANEN, PEKKA. *Prenatal loss of father and psychiatric disorders*. Archives of General Psychiatry, Vol 35(4), Apr 1978. p. 429-431.

² VAN OS, J., SELTON, J. *Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 172(1). 1998. p. 324-326.

³ Tiré de KING, S., MARSOLAIS, Y. et LAPLANTE, D. P. *Les effets du stress maternel prénatal sur le développement cognitif des enfants : Projet Verglas*. In : BISE : bulletin d'information en santé environnementale. Institut national de santé publique du Québec, vol. 18. 2007. P 25-30

⁴ OLLAT, H. *Schizophrénie, cannabis, système endocannabinoïde*. In : *Neuropsychiatrie : Tendances et Débats*. 2009 ; Num. 36. P. 29-34

⁵ VAN OS, J., BAK, M., HANSEN, M. [et al.]. *Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study*. Am J Epidemiol 2002 ; 156. p. 319-327.

⁶ ARSENEAULT, L., CANNON, M., WITTON, J., MURRAY, R.M. *Causal association between cannabis and psychosis : examination of the evidence*. Br J Psychiatry 2004 ; 184 : 110-117.

⁷ ARSENEAULT, L., CANNON, M., POULTON, R. [et al.]. *Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis : longitudinal prospective study*. BMJ 2002 ; 325 : 1212-1213.

présence de symptômes psychotiques avant le début de la consommation de cannabis. Ils ont ainsi pu démontrer que l'augmentation du risque d'une psychose liée à l'usage de cannabis est indépendante de symptômes psychotiques préexistants.

Cependant « *D'autres observations laissent penser que le cannabis induit des troubles psychotiques principalement chez les sujets prédisposés à ces troubles :*

- i) la plupart des adolescents qui consomment du cannabis ne développeront pas de psychoses (...)*
- ii) la consommation de cannabis a augmenté fortement pendant les vingt dernières années, mais l'incidence de troubles psychotiques n'a pas augmenté proportionnellement*
- iii) et le début de troubles schizophréniformes est souvent plus précoce chez les consommateurs de cannabis. »¹*

En conclusion on ne peut pas à l'heure actuelle relier l'usage de cannabis aux troubles psychotiques de manière directe dans le sens de cause à effet. Mais, en revanche, on sait que la consommation de cannabis favorise les décompensations psychotiques chez une personne prédisposée et augmente également le risque de rechute et donc d'hospitalisation.

3.1.7 Les traitements

L'amélioration ou la stabilisation de l'état psychique d'une personne souffrant de schizophrénie est possible grâce à un ensemble de thérapeutiques agissant sur les sphères biologiques, psychologiques et sociales de l'individu.

Le succès de la prise en charge dépend grandement de l'adhésion de la personne et de son entourage à ses thérapies.

3.1.7.1 La pharmacothérapie

Les principaux médicaments utilisés dans la pharmacothérapie de la schizophrénie sont les neuroleptiques, également appelés antipsychotiques.

Les Neuroleptiques sont des médicaments qui calment l'agitation et l'hyperactivité neuromusculaire, certains sont dits incisifs lorsqu'ils diminuent les

¹ Tiré de OLLAT, H. *Schizophrénie, cannabis, système endocannabinoïde*. In : Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2009 ; Num. 36. P. 29-34

idées délirantes et les hallucinations, d'autres dits sédatifs inhibent l'agitation et l'agressivité.

La prise du traitement neuroleptique doit continuer après la période de crise, et souvent à vie, afin de stabiliser l'état psychique de la personne souffrant de schizophrénie et de prévenir les rechutes.

Les effets secondaires de cette classe de médicament restent particulièrement invalidants malgré l'apparition de neuroleptiques de 2^{ème} génération, ou atypiques, mis sur le marché dans les années 60, générant moins d'effets secondaires à long terme.

Certains de ses effets secondaires, tels que la sécheresse buccale, des troubles de la vision, une constipation, une rétention urinaire, des nausées, une hypotension orthostatique*, une photosensibilité, des troubles sexuels, des aménorrhées*, une agranulocytose* peuvent considérablement détériorer le quotidien ainsi que l'estime de soi de la personne.

D'autres effets, plus visibles extérieurement, alimentent la stigmatisation déjà induite par les symptômes de la pathologie. Il s'agit des éruptions cutanées, de la sédation, de la prise de poids, de la sialorrhée*, ainsi que des réactions extrapyramidales*, telles que le pseudoparkinsonisme*, l'akinésie*, l'acathisie* et les dystonies* du visage, du cou, des bras, des jambes.

Après une, plus ou moins longue, période de prise de neuroleptique, les individus peuvent présenter des dyskinésies tardives*, elles sont généralement irréversibles et contribuent grandement à la souffrance et à la stigmatisation des personnes atteintes de schizophrénie. Elles se manifestent par des mouvements involontaires, répétitifs et incontrôlables du visage, du tronc et des membres, ainsi que des troubles respiratoires ou de la déglutition.

Afin de limiter l'apparition de ces effets secondaires handicapants des neuroleptiques, des correcteurs sont administrés simultanément. Ces médicaments sont généralement des antiparkinsoniens. Paradoxalement, ces correcteurs peuvent eux-mêmes générer l'apparition de dyskinésies tardives.

Si la personne souffrant de schizophrénie présente un tableau clinique d'épisode dépressif, elle peut également recevoir un traitement antidépresseur, ainsi qu'un traitement stabilisateur de l'humeur, dans le cas où elle manifesterait une variation de l'humeur allant d'une phase dépressive à une phase maniaque.

Des hypnotiques ou anxiolytiques sont également souvent prescrits afin de diminuer l'anxiété et la nervosité présentes chez la personne. Ces médicaments, dépresseurs du système nerveux, peuvent entraîner une somnolence ou un

ralentissement psychomoteur mais, dans certains cas, ils peuvent avoir pour effet d'augmenter les hallucinations et autres symptômes positifs de la schizophrénie.

3.1.7.2 Les thérapies

Thérapie individuelle :

L'établissement de la relation thérapeutique avec des personnes souffrant de schizophrénie peut s'avérer être un travail de longue haleine en raison de leur difficulté à entrer en contact avec autrui. Indépendamment de la modalité thérapeutique choisie, l'alliance créée entre le patient et son thérapeute représente le meilleur pronostic d'efficacité de la thérapie.

Le psychiatre Henri GRIVOIS décrivait les attitudes suivantes : « *Des mimiques d'indécision, de surprise, des attitudes d'investigation ou d'écoute se lisent parfois sur le visage du patient. Ces expressions à peine perceptibles sont inappropriées, sans lien avec la situation. Souvent il ne répond pas à nos questions ou les répète après nous. Son maintien figé alterne avec des sourires qui sont déconcertants parce qu'ils n'ont rien à voir avec ce qu'on dit ou ce qu'on tente de lui faire dire. Comme il est soudain parasité par un sentiment inexplicable, une sensation imprévue ou une idée, le patient tressaille, ébauche un geste, un sourire interrogateur. Parfois soudain la situation l'amuse franchement et il ricane de nous.*¹ »

Lors d'entretiens individuels, le thérapeute visera principalement à diminuer l'anxiété et à augmenter la confiance de son patient en se centrant sur la réalité. Il aidera la personne à résoudre des problèmes concrets tels que la communication, l'expression des émotions, la tolérance à la frustration, les situations stressantes ou les signes annonciateurs de rechutes. Il s'agit d'une thérapie à long terme, et il faut parfois plusieurs années avant d'observer une amélioration du fonctionnement de l'individu.

Thérapie de groupe :

La thérapie de groupe se centre, elle aussi, sur des éléments concrets de la maladie et a pour but d'améliorer sa gestion à long terme par les patients. Ainsi les groupes de pairs peuvent échanger sur leurs difficultés quotidiennes. Cette thérapie favorise l'interaction sociale et le sentiment d'appartenance à un groupe,

¹ Tiré de GRIVOIS, Henri. *Parler avec les fous*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2007. 218 p.

elle permet également aux personnes souffrant de schizophrénie de bénéficier des expériences vécues par d'autres.

Cette forme de thérapie est uniquement envisagée lors de périodes de stabilisation de la maladie. Le thérapeute tient un rôle de soutien et d'orientation de la discussion.

Thérapie comportementale :

La thérapie comportementale, basée sur les principes du béhaviorisme, a pour principe de remplacer des comportements inadaptés, tel que parler seul en public, par des comportements adaptés. Ces comportements appropriés sont valorisés et renforcés par des récompenses.

Le principal frein à cette thérapeutique réside dans le fait que certaines personnes souffrant de schizophrénie éprouvent des difficultés à mobiliser ce qu'ils ont appris en milieu de soins dans leur vie de tous les jours.

Entraînement aux Habiletés Sociales :

Grace à cette forme thérapeutique, les habiletés sociales de la personne sont entraînées par des jeux de rôles. Une situation de la vie quotidienne posant des difficultés est choisie, puis de thérapeute joue la scène et le patient doit l'imiter, il la rejoue plusieurs fois jusqu'au moment où sa réaction est améliorée et où il se sent plus à l'aise. Les situations augmentent progressivement en complexité, selon les besoins et les limites de la personne souffrant de schizophrénie, elles débutent généralement par des éléments basiques, tels que le contact visuel ou l'intonation de la voix.

Les scénarios générateurs d'une forte anxiété sont évités.

Thérapie par le milieu :

La thérapie par le milieu, également appelée communauté thérapeutique ou environnement thérapeutique, repose sur l'influence positive du milieu de soins sur la santé psychique, le comportement et le fonctionnement social de l'individu atteint de schizophrénie.

Un service de soins doit répondre aux 6 critères suivants afin d'être considéré comme une communauté thérapeutique :

- « 1. Les besoins physiologiques fondamentaux sont satisfaits.
- 2. Les lieux physiques favorisent l'atteinte des objectifs de la thérapie.
- 3. Le milieu fonctionne selon un modèle d'autogestion démocratique.
- 4. Au sein de l'unité, les clients partagent les tâches selon leurs capacités.

5. *Le programme thérapeutique inclut un calendrier d'activités de travail et d'activités sociales.*
6. *Le programme thérapeutique inclut la famille et la collectivité afin de faciliter la sortie de l'hôpital.¹ »*

Bien qu'ayant démontrée son efficacité, cette forme de thérapie devient moins aisément applicable en raison de la diminution des durées d'hospitalisation et du coût élevé de celles-ci.

Thérapie familiale :

La thérapie familiale propose un soutien aux personnes confrontées à la schizophrénie d'un membre de leur famille. Cette implication familiale permet de diminuer les rechutes ainsi que de maintenir la personne souffrant de schizophrénie dans son milieu social, mais elle offre également la possibilité à la famille de se libérer de sentiments de culpabilité, souvent présents lorsque la pathologie est méconnue.

Lors de ce type de thérapie, la famille est considérée comme un élément de ressource pour la personne et, en aucun cas, comme source de stress.

3.1.7.3 La réhabilitation

La réhabilitation est le fait de permettre à une personne souffrant de trouble mental de se réinsérer dans la société et de fonctionner au maximum de ses capacités.

« La mission de la réhabilitation psychiatrique est d'aider les individus atteints d'incapacité psychiatrique de longue durée à améliorer leur fonctionnement et ainsi de leur permettre d'éprouver de la satisfaction et de vivre heureux au sein de l'environnement de leur choix tout en maintenant un niveau minimal d'intervention professionnelle continue.² »

La réhabilitation psychosociale ou psychiatrique, est née il y a plus d'un siècle, elle est cependant tombée dans l'oubli jusqu'aux courants de désinstitutionalisation suivant la Deuxième Guerre Mondiale. En effet alors que ces courants prônent la fermeture des hôpitaux psychiatriques, il devint indispensable de réhabiliter socialement les individus atteints de troubles

¹ Tiré de TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2004. 692 p.

² Tiré de ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C. *La réhabilitation psychiatrique*. Charleroi/Belgique : Socrate Editions Promarex, 2004. 442 p.

mentaux. *« La désinstitutionalisation visait à fermer des institutions ; la réhabilitation vise à permettre à des existences individuelles de s'ouvrir. La désinstitutionalisation visait à mettre un terme aux contraintes imposées aux patients ; la réhabilitation vise à aider les patients à trouver les soutiens individuels qu'ils souhaitent avoir. La désinstitutionalisation visait à libérer des individus ; la réhabilitation vise à mettre de la vie dans la liberté de chaque individu.¹ »*

Depuis les années 90, la réhabilitation est considérée comme faisant partie du traitement des troubles mentaux graves, au même titre que la médication et la thérapie. Les personnes souffrant de schizophrénie ont souvent été les premiers à bénéficier de programmes de réhabilitation.

La réhabilitation se base sur les deux postulats suivants :

- « - Il existe en chaque individu une motivation à développer maîtrise et compétence dans des domaines de la vie qui vont lui permettre de se sentir indépendant et confiant en lui-même.*
- De nouveaux comportements peuvent être appris et les individus sont capables d'y avoir recours et de les adapter pour répondre à leurs besoins de base.² »*

Les représentations sociales de la population ne vont généralement pas dans le sens de ses postulats et partent souvent du principe que la maladie mentale est immuable et que l'individu qui en souffre ne peut se réintégrer socialement ; *« Les images du « fou » et de la folie restent encore entachées de représentations fausses et inadaptées (la folie ça ne se guérit pas, les fous sont dangereux, la schizophrénie est contagieuse, le seul traitement possible c'est l'asile, etc.) et renvoient de façon stéréotypée à des sujets « perdus » en tant qu'individus sociaux.³ »*

Après consensus entre les différents experts de ce domaine, il a été possible de déterminer les neuf grands principes de base de la réhabilitation suivants :

¹ Tiré de ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C. *La réhabilitation psychiatrique*. Charleroi/Belgique : Socrate Editions Promarex, 2004. 442 p.

² Tiré de DELEU, Guy. *Les grands principes de la Réhabilitation psychosociales*. Belgique, le 1^{er} janvier 2004. 3 p.

Adresse URL : <http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx?page=1>

³ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

- « 1. *L'amélioration des capacités et des habiletés des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique constitue une préoccupation essentielle de la réhabilitation psychiatrique.*
2. *Pour les clients, les avantages de la réhabilitation psychiatrique sont des améliorations comportementales dans les environnements de leur choix.*
3. *Soutenir la dépendance peut entraîner une amélioration du fonctionnement autonome du client.*
4. *Les deux interventions fondamentales de la réhabilitation psychiatrique sont le renforcement des habiletés du client et le développement des soutiens environnementaux.*
5. *La réhabilitation psychiatrique vise avant tout à améliorer les conditions résidentielles, éducationnelles et professionnelles des personnes atteintes d'incapacité psychiatrique.*
6. *La participation active et l'implication des individus dans leur réhabilitation constituent la pierre angulaire de la réhabilitation psychiatrique.*
7. *Le traitement médicamenteux à long terme constitue le complément souvent nécessaire mais rarement suffisant d'une intervention de réhabilitation.*
8. *La réhabilitation psychiatrique est éclectique car elle repose sur une variété de techniques.*
9. *L'espoir représente un ingrédient essentiel de la réhabilitation psychiatrique.¹ »*

Dans le troisième principe, la dépendance est considérée comme présente chez tous les individus, sous diverses formes, telles que le dentiste, des lunettes, un portable, un salaire, etc. Dans le cas d'une personne souffrant de maladie mentale, « *les interventions qui autorisent un certain degré de dépendance à certains moments (comme le recours à des facilitateurs ou à des aides dans un environnement donné) peuvent en réalité permettre d'optimiser le fonctionnement de la personne dans d'autres environnements à d'autres moments.*² »

Concrètement dans le cas de la schizophrénie, il est difficile de séparer certaines thérapies de la réhabilitation. Ainsi l'Entraînement aux Habiletés Sociales et les thérapies comportementales³ font partie intégrante de la réhabilitation

¹ Tiré de ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C. *La réhabilitation psychiatrique*. Charleroi/Belgique : Socrate Editions Promarex, 2004. 442 p.

² Ibid.

³ Cf. le point 3.1.7.2 : Les thérapies

psychiatrique, cependant afin de permettre à la personne souffrant de schizophrénie d'optimiser ses capacités, elle peut suivre d'autres modules tels que « l'éducation au traitement neuroleptique », « contrôle des symptômes », « habiletés conversationnelles » ou encore « entraînement à la résolution de problèmes interpersonnels »¹.

Les modalités d'apprentissage sont variées (jeux de rôles, extraits vidéos, discussion de groupe ou individuelle, exercices à difficultés progressives, etc.) et elles sont individualisées.

En Valais Romand, la réhabilitation se fait principalement par le biais des CCPP (Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie), ils se situent à Sierre, Sion, Martigny et Monthey. Les personnes souffrant de maladies mentales peuvent s'y rendre durant la journée afin de participer aux activités ou bénéficier de consultations. Selon leurs besoins, les personnes peuvent venir de un à cinq jours par semaine. Ces centres regroupent divers professionnels, tels que des psychiatres, des psychologues, des infirmiers-ères, des assistants-es en soins et santé communautaire, des ergothérapeutes, des physiothérapeutes, un psychomotricien et une diététicienne et des assistants-es sociales-aux. La fréquentation des CCPP est généralement momentanée, les personnes peuvent en bénéficier après un séjour hospitalier afin de maintenir une structure journalière et développer des compétences sociales, elles peuvent également, lors de périodes plus difficiles, décider de revenir au centre ou augmenter le nombre de jour de fréquentation dans le but de prévenir une rechute et ainsi éviter un séjour en hôpital psychiatrique.

3.1.8 L'évolution

Une rémission complète de la schizophrénie à long terme a été observée dans 20 à 29% des cas².

Dans 70 à 80% des cas l'évolution est favorable, avec cependant un fort taux de rechute dans les 3 ans suivant l'épisode inaugural puis, une succession de phases stables et aiguës. Les rechutes peuvent être causées par l'arrêt du traitement, des événements de vie stressants ou la prise de substances psychoactives.

¹ VIDON, Gilles. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995. 485 p.

² Tiré de GUELF, J-D. ROUILLON, F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux, Elsevier-Masson, 2007. 777 p.

Entre 50 à 75% des personnes gardent une incapacité sociale et psychologique. Les symptômes positifs diminuent généralement avec le temps alors que les symptômes négatifs tendent à s'accroître. Leurs prises en charge peuvent être menées en Valais par les CCPP (Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie), ainsi que par des fondations comme Éméra ou des associations comme l'AVEP (Association Valaisanne d'Entraide Psychiatrique). De plus la prise de neuroleptiques participe à réduire les symptômes négatifs.

La maladie peut également évoluer vers une détérioration progressive menant à une dégradation sociale et psychique profonde, pouvant aller jusqu'à un état de perte totale de contact avec la réalité. Dans ces cas l'hospitalisation en psychiatrie et l'utilisation de neuroleptique s'avèrent nécessaires.

Le pronostic à long terme dépend de la durée d'entrée dans la maladie, car plus celle-ci est rapide plus le traitement antipsychotique sera introduit de manière précoce, il dépend également du soutien psychosocial de la personne, de sa compliance et de sa possibilité à avoir accès à des soins psychiatriques adaptés.

Actuellement, grâce à ses prises en charge adaptées, un peu moins de 50% des personnes souffrant de schizophrénie parviennent à retrouver une vie sociale et parfois même une activité professionnelle¹.

3.1.9 Le positionnement de l'OMS

En 1945, lors de la création de l'ONU (Organisation des Nations Unies) les représentants souhaitent également fonder une organisation mondiale de la santé. Trois ans plus tard l'OMS entre en fonction.

« L'OMS est l'autorité directrice et coordonnatrice, dans le domaine de la santé, des travaux ayant un caractère international au sein du système des Nations Unies.

Elle est chargée de diriger l'action sanitaire mondiale, de définir les programmes de recherche en santé, de fixer des normes et des critères, de présenter des options politiques fondées sur des données probantes, de fournir un soutien

¹ Tiré de LLORCA, Pierre-Michel. *La schizophrénie*. Centre médico-psychologique, CHU de Clermont Ferrand, 2004. 10 p.

Adresse URL: <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>

technique aux pays et de suivre et d'apprécier les tendances en matière de santé publique.¹ »

Dès ses débuts l'OMS s'intéresse aux problèmes de santé mentale, en 1959, la 8ème réunion des experts du comité est dédiée à l'épidémiologie des troubles mentaux. Elle lance ensuite une étude pilote internationale sur la schizophrénie² visant à déterminer des bases scientifiques de l'épidémiologie de la maladie.

Par le biais de sa division Santé mentale et abus de substances psychoactives, l'OMS poursuit ses travaux sur l'étude de la schizophrénie, elle publie des écrits tels que l'information aux familles de personnes souffrant de schizophrénie³, la différence de genre dans l'épidémiologie de la schizophrénie⁴, la schizophrénie et la santé publique⁵. L'OMS crée également des programmes de prise en charge de personnes souffrant de schizophrénie dans les pays en voie de développement⁶ afin de favoriser l'accès à la médication, prévenir les rechutes, apporter un soutien psychosocial à la personne et son entourage, aider à la réhabilitation sociale.

2001 est une année clé dans l'avancement de la recherche en santé mentale grâce à la parution du rapport de l'OMS, « *La santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*⁷ ». Le Docteur Gro HARLEM BRUNDTLAND⁸, Directrice Générale de l'Organisation, introduit ce rapport en termes forts ; « *Tout au long de ce document, nous nous efforçons de montrer de diverses manières que nous avons les moyens et les connaissances scientifiques requis pour aider les gens qui souffrent de troubles mentaux et cérébraux. Malheureusement, tant les gouvernements que la communauté de la santé publique ont fait preuve de négligence. Par accident ou par dessein, nous sommes tous responsables de cette situation. En tant que principale organisation de santé publique dans le*

¹ Tiré du site de l'OMS. « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

² Tiré de l'OMS. *La schizophrénie : étude multinationale*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1977. 162 p.

³ Tiré de WHO. *Schizophrenia, information for families*. Geneva : World Health Organization, 1992. 62 p.

⁴ Tiré de WHO. *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva : World Health Organization, 1997. 163 p.

⁵ Tiré de WHO. *Schizophrenia and public health*, Geneva : World Health Organization, 1998. 33 p.

⁶ Tiré du site de l'OMS. « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

⁷ Tiré de l'OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001, la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001. 182 p.

⁸ Docteur Gro HARLEM BRUNDTLAND, Directrice Générale de l'OMS de 1998 à 2003. L'actuelle Directrice Générale est le Docteur Margaret CHAN, en fonction depuis 2006.

monde, l'OMS n'a pas le choix : il lui appartient de veiller à ce que notre génération soit la dernière à laisser la honte et la stigmatisation prendre le pas sur la science et la raison.¹ »

Le document commence par faire le point sur les progrès réalisés en matière de neurosciences et de médecine du comportement.

Il fait ensuite état des conséquences de la maladie mentale, notamment sur la qualité de vie et les finances publiques.

Puis, le troisième chapitre propose des moyens de résolutions des problèmes, par exemple, au sujet de la schizophrénie, il recommande un traitement basé sur trois axes : *« premièrement, un traitement médicamenteux pour atténuer les symptômes et prévenir les rechutes; deuxièmement, des interventions éducatives et psychosociales qui aident les patients et leur famille à faire face à la maladie et à ses complications et qui contribuent aussi à prévenir les rechutes; troisièmement, la réadaptation qui aide le patient à se réinsérer dans la communauté et à recouvrer ses capacités d'apprentissage ou ses aptitudes professionnelles. Le réel problème que pose le traitement des schizophrènes est la nécessité d'organiser des services allant, sans interruption, du dépistage précoce à un traitement régulier pour s'achever par la réadaptation.² »*

Dans un quatrième temps, le rapport traite de la politique étatique en santé mentale et présente des interventions, telles que la déstigmatisation de la maladie mentale : *« La lutte contre la stigmatisation et la discrimination doit se faire à plusieurs niveaux : éducation des professionnels et agents de santé; fermeture des établissements psychiatriques qui contribuent à entretenir et à renforcer la stigmatisation; prestation de services de santé mentale dans la communauté; et mise en place d'une législation pour la protection des droits des malades mentaux. La lutte contre la stigmatisation nécessite également des campagnes d'information visant à éduquer et informer la communauté sur la nature, l'étendue et l'impact des troubles mentaux, afin de démentir les mythes les plus courants et d'encourager des attitudes et des comportements plus positifs.³ »*

Le rapport s'achève par les dix recommandations générales suivantes :

- « - Traiter les troubles au niveau des soins primaires.
- Rendre les psychotropes disponibles.

¹ Tiré de l'OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001, la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001. 182 p.

² Ibid.

³ Ibid.

- *Soigner dans la communauté.*
- *Eduquer le grand public.*
- *Associer les communautés, les familles et les consommateurs.*
- *Adopter des politiques, des programmes et une législation au niveau national.*
- *Développer les ressources humaines.*
- *Etablir des liens avec d'autres secteurs.*
- *Surveiller la santé mentale des communautés.*
- *Soutenir la recherche.¹ »*

En 2008, l'OMS « lance un appel pour un renforcement rapide des services de santé mentale² », dans son communiqué de presse intitulé « *Des millions de personnes atteintes de troubles mentaux dans les pays en développement n'ont pas accès aux soins* ».

Actuellement, grâce à l'application de programmes pilotes dans des pays en voie de développement, l'OMS démontre qu'il est possible de dispenser des soins adaptés à des personnes souffrant de troubles mentaux graves, malgré la pauvreté des systèmes de soins. Elle met en avant les éléments suivant comme facteurs de réussite:

- « - *Soutien aux soins personnels de base.*
- *Approvisionnement en médicaments essentiels.*
- *Renforcement de l'aide aux familles pour les soins à domicile.*
- *Support pour les professionnels au sujet de la maladie mentale.*
- *Education publique afin de diminuer la stigmatisation et la discrimination.³ »*

3.1.10 Les tendances actuelles

En Suisse romande, depuis 2004, sous l'impulsion de L'îlot (Association vaudoise de proches de personnes souffrant de Schizophrénie) des journées de la schizophrénie sont organisées chaque année.

Cette année 2011, elle s'intitulait : «Ma vie, c'est pas seulement la schizophrénie». Le Professeur Philippe CORNUS du département de psychiatrie

¹ Tiré de l'OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001, la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs.* Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001. 182 p.

² Tiré du site de l'OMS. « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

³ Ibid.

du CHUV décrivait la situation suivante « (...) 90% des jeunes adultes souffrant de schizophrénie sont soignés et suivis, ce qui augmente significativement leurs chances de rétablissement. En effet, par le passé, plus de 50% interrompaient rapidement leur traitement. Depuis 2004, l'implantation de programmes mieux adaptés aux besoins des malades (création d'équipes mobiles et de nouvelles approches du traitement) facilite leur engagement dans les soins. Même si l'image de la maladie reste mal comprise dans la société, il faut oser se soigner. C'est la raison pour laquelle se dérouleront, du 18 au 26 mars, diverses actions de sensibilisation et de «déstigmatisation» dans le canton de Vaud.¹ »

Depuis 2010 le canton de Vaud a donc mis en place des équipes mobiles composées d'infirmiers et de médecins qui, à la demande de proches ou de professionnels du secteur social et de la santé, vont à la rencontre des personnes qui souffrent de troubles psychiques. Elles donnent l'accès aux soins à des personnes qui trop désorganisées ou méfiantes, refusent de se rendre aux consultations nécessaires pour un traitement ambulatoire habituel.

L'autre objectif de ces journées de la schizophrénie est de déstigmatiser la maladie qui reste encore une crainte et un mystère pour le grand public ainsi que de rappeler qu'à l'heure actuelle 30% de personnes atteintes de la maladie guérissent après la première décompensation.

En Valais, l'association SynapsEspoir, fondée en 2009, a pour objectifs de:

- « - Rompre l'isolement et favoriser les contacts entre les proches de malades schizophrènes ;
- Soutenir les proches, les accompagner et les conseiller ;
- Permettre aux proches de dialoguer, en toute liberté et sans jugement ;
- Informer les proches sur la maladie ;
- Encourager la formation des proches ;
- Approfondir les connaissances sur la maladie, se tenir au courant des recherches scientifiques sur la maladie et les encourager ;
- Sensibiliser et informer le public sur la maladie ;
- Développer et entretenir un partenariat avec les professionnels et les institutions psychiatriques ;

¹ Tiré du Communiqué de presse du 08.03.2010 de l'association Journées de la Schizophrénie

Adresse URL : http://www.info-schizophrenie.ch/wp-content/uploads/communiqu%C3%A9_presse_schizo_8mars2011.pdf

- *Collaborer avec des associations, groupements et institutions ayant des objectifs semblables.*¹ »

Elle organise actuellement en partenariat avec les IPVR (Institutions Psychiatriques du Valais Romand) le programme Profamille qui est un programme psycho-éducatif. Ce programme, destiné aux proches de personnes souffrant de schizophrénie, est donné depuis plusieurs années en Valais par des professionnels : un psychiatre, un infirmier, une assistante sociale et un proche. Il a pour but de :

- « - *Offrir un espace pour l'expression des expériences vécues et des difficultés rencontrées dans la vie de tous les jours*
- *Permettre aux familles de conserver la meilleure qualité de vie possible (et non pas de former les familles à être des soignants performants)*
- *Fournir des informations*² »

A noter qu'il existe aussi un groupe *Profamille* qui s'adresse aux proches de personnes souffrant de troubles bipolaires.

3.2 Le module 1007

Le module 1007 intitulé *La schizophrénie : soins*, est la première introduction à la psychiatrie de la formation Bachelor en Soins Infirmiers, il est situé en fin de première année et s'inscrit dans l'axe « soins chroniques ».

Il s'agit d'un module de base, il est obligatoire, dure treize jours et comprend également deux jours d'intégration professionnelle, il ne nécessite pas de pré-requis.

Ce module traite des divers éléments suivants :

- « - *Représentations sur la maladie mentale, les valeurs.*
- *Sémiologie psychiatrique.*
- *Normalité, continuum santé-maladie.*
- *Ethique : contention.*
- *Promotion, prévention ; biologique, psychologique et social.*

¹ Association SynapsEspoir
Adresse URL : www.synapsespoir.ch

² Tiré du Dépliant Profamille
Adresse URL : <http://www.synapsespoir.ch/documents/profamille%20brochure%20word%202010.pdf>

- *Classification (ICD/CIM-10, OMS, DSM-IV, Française).*
- *Epidémiologie, les schizophrénies et autres troubles psychotiques.*
- *Etiologie : biologiques, psychologiques et environnementales.*
- *Modèles et théories utilisés en psychiatrie et Concept de chronicité.*
- *Traitements : médicaments et correcteurs, autres thérapies biologiques, recherche.*
- *Communication spécifique.*
- *Traitements non-médicamenteux, psychothérapie, ergothérapie, sociothérapie, art-thérapie, thérapies parallèles, interdisciplinarité.*
- *Interventions infirmières spécifiques, psycho-éducation.*
- *Violence dans les psychoses, gestion de la violence.*
- *Réhabilitation.*
- *Droit des clients en santé mentale, PLAFA*, directives anticipées.*
- *Structure du système des soins, les différents acteurs de la prise en charge.*
- *Troubles anxieux.¹ »*

Les moyens pédagogiques utilisés sont des cours ex-cathedra, des analyses de situation, des travaux de groupe et des jeux de rôle.

La validation de ce module se fait sous forme d'interrogation écrite et elle rapporte cinq crédits ECTS.

3.3 Les représentations

Dans ce chapitre, après une brève introduction, nous développerons les représentations par le biais de l'approche psychanalytique et celle en psychologie cognitive. Puis, nous développerons les représentations sociales, élément plus spécifique à nos questions de recherche.

Le mot représentation vient du latin *repraesentatio* qui signifie action de mettre sous les yeux. En philosophie, le mot représentation peut prendre plusieurs sens dont celui d'expression qui est « *l'action de rendre présent ou sensible quelque chose d'abstrait ou d'invisible par le moyen de signes (mots, images, symboles, allégories)² »*. La représentation est alors dite objective (en allemand : *Darstellung*). Un second sens peut être celui d'impression qui est une « *image mentale fournie à l'entendement par les sens ou par la mémoire. (...) On distingue la perception qui est la représentation d'un objet présent et l'imagination*

¹ Tiré de la fiche Module du module 1007. (Annexe E)

² Tiré de GODIN, Christian. *Dictionnaire de philosophie*. Fayard / éditions du temps. 2004. 1534 p.

*qui est la représentation d'un objet absent*¹ ». La représentation est alors subjective (en allemand : Vorstellung).

3.3.1 L'approche psychanalytique

La psychanalyse se sert du terme représentation dans son sens classique (Vorstellung) à savoir l'évocation d'un objet absent. La représentation d'un objet peut être définie comme « *l'ensemble des cognitions et des sentiments relatifs à cet objet*² ».

Une autre définition du terme représentation désigne une « *forme élémentaire de ce qui s'inscrit dans les différents systèmes de l'appareil psychique et, notamment, de ce sur quoi porte le refoulement* »³. Au début de son œuvre, Freud oppose ainsi affect et représentation. « *Lorsqu'un événement (traumatisme) (...) s'est révélé inassimilable, l'affect qui lui était lié est déplacé ou converti en énergie somatique, formant ainsi le symptôme. C'est la représentation qui est à proprement parler refoulée*⁴ » l'affect est quand à lui réprimé.

A partir de cette définition, Freud distinguera deux types de représentation, « la représentation de chose » (Dingvorstellung ou Sachvorstellung) et « la représentation de mot » (Wortvorstellung). « *Les représentations de chose à la différence de l'image mentale de cette chose sont le réinvestissement de cette chose. Elles caractérisent l'Inconscient lui-même. La représentation de mot est essentiellement acoustique et dérive du mot. Le système préconscient-conscient serait caractérisé par la liaison de la représentation de chose à la représentation du mot lui correspondant.*⁵ » C'est par cette liaison que la représentation de chose inconsciente devient consciente.

Par ces différentes définitions nous pouvons constater que dans le domaine de la psychanalyse le terme représentation fait partie d'un mécanisme individuel à la différence de la représentation sociale qui elle est collective.

¹ Tiré de GODIN, Christian. *Dictionnaire de philosophie*. Fayard / éditions du temps. 2004. 1534 p.

² Tiré de : Dicopsy.com, *Dictionnaire de psychologie*
Adresse URL : http://www.dicopsy.com/dictionnaire.php/_psychologie-enfant/representation

³ Tiré de CHEMAMA, Roland et VANDERMERSCH, Bernard. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Paris : Larousse, 1998. 462 p.

⁴ Ibid.

⁵ Tiré de KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

3.3.2 L'approche en psychologie cognitive

En psychologie cognitive, les représentations mentales sont un des éléments des activités cognitives. Celles-ci suivent le traitement d'informations perçues par un individu de son environnement et précèdent l'activité physique de l'individu. « *Les activités mentales se situent donc entre l'intégration d'informations et l'élaboration de décisions. Elle construisent des représentations*¹ ». Le terme de représentation mentale est l'un des plus importants et des plus complexes de la psychologie cognitive. Dans son Dictionnaire des sciences humaines², Jean-François DORTIER propose quatre niveaux dans l'élaboration des représentations :

Le niveau 1 : le signal. Celui-ci correspond au traitement de l'information par les neurones sensoriels. Lorsque l'on perçoit une information du monde extérieur notre organisme la transforme en une propriété interne qui correspond et change selon la source d'informations.

Le niveau 2 : Les pré-représentations. Pour saisir un objet, on tend la main et spontanément nos doigts s'adaptent à la taille de l'objet. Pour la réalisation de cette action, nous avons eu préalablement une représentation exacte du geste à accomplir, une « représentation motrice » inconsciente précédant l'action.

Le niveau 3 : Les catégories. « *Une phase ultérieure des représentations est celle des catégories mentales qui nous servent à décoder notre environnement*³ ». Pour reconnaître un objet, nous devons disposer d'un lexique mental composé de catégories stables qui sont stockées dans la mémoire à long terme et acquises par l'apprentissage. Ces catégories sont précisément des représentations. Par exemple nous sommes capables d'identifier une table alors qu'il en existe plusieurs modèles.

Le niveau 4 : Les méta-représentations ou « idées ». L'être humain possède la capacité de produire des types de représentations nouvelles. Celles-ci sont des images mentales et des « méta-représentations ». Les images mentales sont des représentations, comme des objets ou des êtres vivants que l'on peut imaginer sans stimuli extérieurs. Ces images mentales sont utilisées dans tout acte

¹ Tiré de KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

² Tiré de DORTIER, Jean-François. *Le Dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre : Sciences humaines, 2004. 875 p.

³ Ibid.

d'imagination au sens large et sont le support cognitif du langage. La « méta-représentation » quant à elle, correspond à notre capacité de se représenter nos propres représentations ou celles d'autrui, notamment pour attribuer des intentions.

Dans les niveaux 1 et 2, les représentations servent à l'action, sont limitées dans le temps et sont inconscientes. Aux niveaux 3 et 4 ou les représentations se rapprochent plus du sens de connaissances qui en psychologie cognitive ont une certaine permanence, une indépendance par rapport à l'action et sont conscientes. Elles correspondent donc plus au sens de représentation sociale développé dans le chapitre suivant.

3.3.3 Les représentations sociales

Dans son ouvrage, Denise JODELET définit les représentations sociales comme « *une forme de connaissance, socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourant à la construction d'une réalité commune à un ensemble social.*¹ » Elle précise sa définition en ajoutant que « *Les représentations sociales sont des modalités de pensée pratique orientées vers la communication, la compréhension et la maîtrise de l'environnement social, matériel et idéal.*² »

Les représentations sociales possèdent des caractéristiques et des fonctions qui leur sont propres et qui font d'elles une forme de connaissance spécifique que l'on appelle en sociologie, le *savoir de sens commun* ou plus largement, une forme de pensée sociale.

Ces caractéristiques des représentations sociales sont au nombre de cinq :

- D'être toujours la représentation d'un objet : « (...) *individus, faits de société, mécanisme politiques ou économiques.*³ ».
- D'avoir un caractère imageant, c'est-à-dire qui permet une image mentale.
- D'avoir la propriété de rendre interchangeable le sensible et l'idée, le sensible correspond ici à nos sens et l'idée au ressenti, ainsi que le perçoit

¹ Tiré de Soins psychiatrie : *Les représentations sociales de la folie*, n°229, Novembre-Décembre 2003, p.15 à 36

² Tiré de JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. 7^e éd., 2^e tirage. Paris : Presses universitaires de France, 2007. 447 p.

³ Tiré de FERREOL, Gilles. [et al.]. *Dictionnaire de sociologie*. 3^e éd. Paris : Armand Colin, 2002. 242 p.

et le concept, le percept étant le degré de sensibilité le plus faible à l'inverse du concept qui lui demande une capacité d'abstraction.

- D'avoir un caractère symbolique et signifiant.
- D'avoir un caractère autonome et créatif.

De plus nous pouvons déterminer cinq fonctions aux représentations sociales :

- Des fonctions cognitives ou de savoir.
- Des fonctions d'interprétation et de construction de la réalité.
- Des fonctions d'orientation des conduites et des comportements.
- Des fonctions identitaires.
- Des fonctions de justification des pratiques.

Les fonctions d'orientation des conduites et des comportements ainsi que celles de justification des pratiques nous semblent particulièrement utiles à notre thème c'est pourquoi nous les reprenons ci-dessous :

Les fonctions d'orientation des conduites et des comportements :

« Les représentations sociales sont porteuses de sens, elles créent du lien ; en cela elles ont une fonction sociale. Elles aident les gens à communiquer, à se diriger dans leur environnement et à agir. Elles engendrent donc des attitudes, des opinions et des comportements.¹ »

Des fonctions de justification des pratiques

« Elles concernent particulièrement les relations entre groupes et les représentations que chaque groupe va se faire de l'autre groupe, justifiant a posteriori des prises de position et des comportements.² »

Pour élaborer une représentation sociale, la personne sélectionnera certaines informations dans la multitude de données à sa disposition. Ces informations, qui forment le noyau central de la représentation, ont un sens en lien avec l'individu et son histoire, son appartenance à un groupe social et son quotidien. L'élaboration des représentations sociales se fait grâce à deux processus, l'objectivation et l'ancrage.

¹ Tiré de MARTIN SANCHEZ, Marie-Odile. Concept de représentation sociale. In : *L'influence de la formation sur les représentations de la vieillesse : recherche auprès d'un groupe d'aides à domicile, De l'assistance à la reconnaissance de la personne vieillissante*. Université Paris : Val de Marne, Faculté des Sciences de l'Education et Sciences Sociales, 2002.

Adresse URL : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

² Ibid.

Le processus de l'objectivation, qui peut se définir comme un processus imageant et structurant, comporte deux phases. La première consiste en une sélection et une décontextualisation des informations, l'individu va filtrer l'objet selon ses valeurs. La seconde phase formera la représentation, c'est-à-dire qu'elle rendra concret une idée qui était jusque là abstraite lui permettant ainsi d'intégrer le sens commun.

Le processus de l'ancrage touche à l'enracinement social de la représentation afin de permettre à un groupe d'individus d'en faire un usage quotidien. Il donne une signification à la représentation lui permettant ainsi de s'insérer dans les différentes représentations déjà présentes chez un individu ou un groupe d'individus.

Concernant la structure des représentations sociales, Jean-Claude ABRIC différencie le noyau central et les éléments périphériques de la représentation.

D'après cet auteur le noyau central contient la nature de l'objet représenté, la relation de cet objet avec le sujet ou le groupe et enfin le système de valeurs et de normes. Ce noyau a une fonction organisatrice en unifiant et stabilisant la représentation. Son second rôle est générateur car il est l'origine des différents éléments qui composent cette représentation. Si l'on souhaite modifier une représentation cela ne sera possible que par le biais de ce noyau central.

Puis Jean-Claude ABRIC définit les éléments périphériques, qui permettent eux d'adapter les paroles et comportements à la situation vécue, ils ont également pour fonction de faire évoluer la représentation selon le contexte mais sans la modifier totalement et pour terminer ils sont garants de la protection du noyau central.

Il nous semble pertinent d'utiliser ce modèle qui nous permettrait d'identifier les représentations sociales des étudiants.

3.3.3.1 Modification des représentations sociales

La modification, ou la transformation, d'une représentation sociale peut se faire grâce à différents facteurs. Nous avons choisis d'exposer deux facteurs dans lesquels la formation pourrait trouver sa place.

Pour commencer, il s'agit de toutes situations nouvelles entraînant des contradictions avec les représentations déjà présentes chez l'individu. Cependant, *« On doit tout d'abord remarquer que l'apparition d'une nouveauté ou d'un changement n'est pas nécessairement contradictoire avec les croyances anciennes. L'effort d'adaptation au changement n'entraîne pas obligatoirement une remise en question des représentations existantes. Parfois même, cette adaptation à la nouveauté ne fait que réactiver des croyances mises en sommeil.¹ »*

Le processus d'évolution est généralement lent mais celui-ci peut se faire brutalement si l'individu est confronté à une nouvelle situation marquante, telle qu'une catastrophe naturelle ou une guerre.

La représentation peut, ensuite, se modifier par le biais de l'influence sociale. Comme avec les nouvelles situations, le moteur de la transformation est la contradiction. *« Cette nouvelle conception de l'influence en termes de conflit stipule que la condition de celle-ci est que la source introduise un point de vue qui soit en opposition avec la représentation du groupe social considéré.² »*

Nous considérons que l'enseignement, dispensé au cours du module 1007, peut faire partie de ces nouveautés susceptibles de modifier les représentations et qu'il peut influencer la représentation sociale du groupe classe.

3.3.4 Les représentations de la schizophrénie dans les médias

Il nous semble nécessaire de survoler les messages que les médias véhiculent car un certain nombre de personnes ne rencontre la maladie mentale que par le biais de ceux-ci et qu'*« Il existe dans les médias une vision très négative et une présentation déformée des malades mentaux, que ce soit dans la presse écrite, la télévision ou le cinéma.³ »*

¹ Tiré de MOLINER, Pascal. *Formation et stabilisation des représentations sociales*. In : *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* Sous la dir. de MOLINER Pascal. Coll. « Vies Sociales ». Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2001. p. 15-41

² Tiré de MUGNY, Gabriel. QUIAMZADE, Alain. et TAFANI, Eric. *Dynamique représentationnelle et influence sociale*. . In : *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* Sous la dir. de MOLINER Pascal. Coll. « Vies Sociales ». Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2001. p. 123-161

³ Tiré de KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

3.3.4.1 La presse écrite

En premier lieu, la presse écrite, toujours à la recherche de sensationnel, n'hésite pas à associer un diagnostic médical, tel que celui de schizophrénie à certains faits divers tragiques.

« Les titres et contenus d'articles insistent habituellement sur les liens étroits entre maladie mentale, violence et dangerosité.¹ »

Ainsi le 21 novembre 2008, les lecteurs du quotidien Le Parisien, pouvaient lire à la rubrique fait divers un article titré « *L'effarant récit du meurtrier schizophrène* » dans lequel est relaté le meurtre d'un jeune homme commis par une personne souffrant de schizophrénie. Le « meurtrier schizophrène » est présenté comme abruti pas ses médicaments, agissant sous l'influence de ses voix, n'éprouvant aucun remords et utilisant la psychiatrie pour fuir la justice.

Plus près de chez nous, le journal Le Matin du 29 juillet 2009, publie un article au titre accrocheur, « *Elle décapite et mange son bébé* ». Le premier paragraphe nous explique évidemment que la jeune mère était « diagnostiquée schizophrène », puis s'en suit une foule de détails plus sordides les uns que les autres pour aboutir à une remise en question de la prise en charge psychiatrique.

Dans un autre registre, Le Temps présente le 7 janvier 2011, un éditorial intitulé « *Elections fédérales : vaincre la schizophrénie* », le terme schizophrénie ne représente, ici, plus une maladie mais il est utilisé dans le sens de contradiction ou paradoxe.

Il faut cependant garder à l'esprit que la presse écrite peut jouer un rôle d'information et de déstigmatisation de la pathologie, Le Nouvelliste du 18 janvier 2010 nous en donne un exemple, avec ce témoignage titré « *La schizophrénie, ça n'arrive pas qu'aux autres* » qui relate le chemin parcouru par la mère d'une personne souffrant de schizophrénie.

« Toutes les campagnes d'information, toutes les initiatives de lutte contre la stigmatisation, tous les efforts dédiés à démontrer qu'il n'existe pas de corrélation entre schizophrénie et violence peuvent être anéantis par la diffusion dans les médias d'un seul fait divers impliquant un malade mental. Ce type d'événement,

¹ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

aussi tragique soit-il, ne peut malheureusement être toujours évité. Il n'est pas non plus possible d'en interdire ou même d'en contrôler la médiatisation, les canaux d'information des journalistes étant multiples : police, pompiers, professionnels dans des établissements de soins, témoins, etc. Les faits divers sont, par ailleurs, en passe d'occuper et plus en plus la une de l'actualité, étant selon toutes les études ceux pour lesquels lecteurs et téléspectateurs manifestent le plus d'intérêt.¹. »

3.3.4.2 La télévision

La télévision est un autre vecteur de représentations négatives de la maladie mentale et plus particulièrement de la schizophrénie.

« Dans cette étude de grande ampleur² analysant plus de 20'000 dialogues tirés de près de 1'500 programmes diffusés par dix chaînes de télévision, il constate que les personnes ayant des troubles psychiques sont représentés comme « amoraux ». Elles suscitent la peur et un désir d'évitement. De plus, environ 70% des personnages étiquetés comme malades mentaux sont décrits comme violents (alors que la violence ne concerne que 40% des autres individus mis en scène).³ »

Dans certaines séries policières telles que « *Les Experts* » ou « *Esprits criminels* », il n'est pas rare de constater que le tueur recherché durant l'épisode souffre de schizophrénie. Il agit généralement sous influence des ses hallucinations ou délires, se prenant parfois pour quelqu'un d'autre. Ce personnage inspire souvent de la pitié au téléspectateur, surtout après que celui-ci ait découvert sa misérable vie ou son enfance dramatique.

Les émissions de télévision, grand public, traitant de phénomènes de société ne sont pas en reste quand à l'image qu'elles donnent de la maladie mentale. Le 16 novembre 2010, par exemple, TF1 diffusait un numéro d'Enquêtes et Révélations, tristement intitulé « *Fous dangereux, paranoïaques, schizophrènes : voyage au cœur de la folie* » et devant lequel le téléspectateur pouvait frissonner en assistant au quotidien des UMD (Unités pour Malades Difficiles).

¹ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

² Etude réalisée dès 1981 par le professeur GERBNER, G., université de Pennsylvanie.

³ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

Cette destination semblant être à la mode, M6 n'hésite pas à la mettre au programme de son émission Enquête Exclusive du 7 mars 2010, nommée « *Hôpitaux psychiatriques : voyage au cœur de la folie* » dans laquelle il est essentiellement question de patients ayant commis des actes criminels.

3.3.4.3 Le cinéma

Les œuvres cinématographiques ne font naturellement pas exception à la diffusion d'images déformées de la maladie mentale. De plus, lorsqu'elles traitent de ce sujet, l'objectif est souvent d'impressionner, voire de terroriser le spectateur.

Dès les années 60, de célèbres films d'épouvante tels que « *Psychose* » (1960) d'Alfred HITCHCOCK, ou « *Répulsion* » (1965) de Roman POLANSKI, mettent en scène d'effrayants tueurs, dont le diagnostic de schizophrénie est clairement énoncé au public.

Différemment, le film « *Vol au dessus d'un nid de coucou* » (1975) de Milos FORMAN donne une vision fortement négative des établissements psychiatriques. A commencer par l'hospitalisation remplaçant la prison pour notre héros, puis par l'autorité excessive exercée par l'infirmière cheffe, en passant par des séances d'électrochocs frisant la torture et pour terminer par une lobotomie des plus douteuses.

« Domino a notamment étudié l'impact du film « Vol au dessus d'un nid de coucou¹ » en faisant passer au public un questionnaire portant sur les attitudes vis-à-vis des malades mentaux, avant et après le visionnage du film. Il retient de sa recherche une influence très négative sur le public, avec renforcement de la peur et du rejet. »²

D'autres œuvres cinématographiques peuvent générer de la confusion au sujet de la schizophrénie, mais sans pour autant la stigmatiser. Nous pensons ici au film « *Un homme d'exception* » (2001) de Ron HOWARD qui relate la vie de John NASH, mathématicien de génie, souffrant de schizophrénie, et qui pourrait amener le spectateur à associer cette pathologie à une intelligence supérieure à la norme.

¹ Etude réalisée en 1983 par G. DOMINO.

² Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

4 Choix méthodologiques

Afin de répondre au mieux à nos questions de recherche nous estimons qu'une approche qualitative sera plus adaptée et permettra une plus grande souplesse dans l'étude des représentations des étudiants, nous utiliserons un devis descriptif.

4.1 Méthode de récolte de données

Notre technique de recueil de données est tirée des travaux de Jean-Claude ABRIC, décrit dans son ouvrage « *Méthodes d'étude des représentations sociales*¹ ». Elle permet de mettre en évidence les quatre zones² des représentations sociales et ainsi de déterminer si le noyau central des représentations des étudiants au sujet de la schizophrénie a été modifié grâce la formation.

La méthode choisie s'appelle l'évocation hiérarchisée, elle s'effectue en deux temps, le premier est l'association libre et le second la hiérarchisation.

Afin d'éviter un maximum de biais nous avons déterminé 4 critères d'exclusion qui ont été énoncés aux étudiants et qui sont les suivants :

1. Avoir déjà suivi le module 1007.
2. Avoir effectué un stage ou travaillé en milieu psychiatrique.
3. Souffrir de schizophrénie.
4. Avoir un proche souffrant de schizophrénie (famille ou amis).

Concrètement, la récolte des données s'effectue sur la base de questionnaires³ distribués aux étudiants en Soins Infirmiers Bachelor de première année, les participants répondent au questionnaire le premier jour du module puis, les mêmes étudiants répondent au même questionnaire lors du dernier jour du module.

Les 6 questions posées sont :

1. Que représente pour vous la schizophrénie ?
2. Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie ?

¹ Tiré de ABRIC, Jean-Claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Erès « Hors collection », 2003, 295 p.

² Cf. le point 3.3.3 : Les Représentations sociales

³ Cf. Annexe B : Questionnaire

3. Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ?
4. Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ?
5. Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ?
6. Aimerez-vous ajouter quelque chose ?

Ces questions nous permettent d'investiguer les généralités de la maladie, les symptômes, les causes, les traitements et la vie quotidienne d'une personne souffrant de schizophrénie, soit, les éléments de la maladie qui, à notre avis, sont les plus susceptibles de générer des représentations.

Après lecture de la question, l'étudiant doit inscrire dans des cases les 5 mots qu'évoque pour lui le questionnement. Il s'agit de la phase d'association libre, elle permet des réponses spontanées mais également « *l'actualisation d'éléments implicites ou latents qui seraient noyés ou masqués dans les productions discursives**.¹ »

Puis, à la phase de hiérarchisation, l'étudiant choisit les 2 mots les plus significatifs pour lui parmi les 5 notés précédemment et les réinscrit dans des cases, nous déterminons ainsi l'importance accordée aux termes.

Les étudiants reçoivent pour consignes de remplir toutes les cases, avec des mots ou groupe de mots, de répondre de manière individuelle et spontanée. Le remplissage du questionnaire prend environ 20 minutes.

4.2 Faisabilité

Suite à la présentation de notre projet à Mme Anne JACQUIER-DELALOYE, Directrice du Domaine Santé & Social de la HES-SO Valais/Wallis, il nous a été donné la permission d'interroger les étudiants en Soins Infirmiers de la formation Bachelor.

Grâce à Mme Brigitte REY-MERMET TROTTET, professeure responsable du module 1007, nous avons également eu la possibilité d'intervenir, une demi-heure lors du premier jour du module, ainsi qu'une autre demi-heure lors du dernier jour du module 1007, afin de présenter notre travail et faire remplir les questionnaires aux étudiants.

¹ Tiré de ABRIC, Jean-Claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Erès « Hors collection », 2003, 295 p.

4.3 Principes éthiques

Dans le cadre de ce travail de Bachelor nous garantissons le respect des principes éthiques suivants :

- Autonomie : la participation à notre recherche s'est faite sur la base du volontariat, les participants ont signé un consentement libre et éclairé.
- Véracité : les étudiants en Soins Infirmiers de la formation Bachelor qui ont participé à cette étude ont reçu des informations claires et complètes concernant notre recherche.
- Confidentialité : les données confidentielles n'ont pas été divulguées et seront détruites après la soutenance et la validation de notre travail Bachelor.
- Justice : notre échantillon a été composé sur volontariat, les critères d'exclusion ont été présentés aux étudiants en Soins Infirmiers de la formation Bachelor.

4.4 Limites du travail

Nos recherches feront état des représentations des étudiants en Soins Infirmiers au sujet de la schizophrénie avant et après le module 1007, cependant en raison d'un mince échantillon, volontaire et non-représentatif, nous n'atteindrons certainement pas le seuil de saturation des données et nous ne serons pas en mesure de faire de la généralisation et de transférer notre analyse à d'autres contextes, nous obtiendrons donc un faible niveau de preuve.

5 Analyse des données

5.1 Méthode d'analyse des données

Nous utiliserons une méthode d'analyse prototypique¹ qui consiste à un croisement des données recueillies par leurs fréquences d'apparition et leurs rangs d'apparition.

Dans un premier temps, nous introduirons dans un tableau toutes les réponses données par les participants en les ordonnant par question tout en respectant les rangs d'apparition :

Exemple

« Que représente pour vous la schizophrénie ? »		
	Réponses	Rang d'apparition
1 ^{er} participant	Délires	1
	Plusieurs personnalités	2
	Hallucinations	3
	Entend des voix	4
	Des absences	5
2 ^e participant	Multi personnalités	1
	Peurs	2
	Angoisse	3
	Isolement	4
	Handicap	5
3 ^e participant	Maladie	1
	Peurs	2
	Folie	3
	Double personnalité	4
	Violence	5
Etc.		

Ensuite, nous regrouperons les réponses (en gras dans l'exemple ci-dessus) selon leurs champs lexicaux² que nous avons nous-mêmes définis. Cela nous donne l'exemple suivant :

Exemple

Réponses des participants : Plusieurs personnalités et Multi personnalités et Double personnalité
Mot apparaissant dans le tableau : Plusieurs/Double personnalités (fréquence 3fois)

De plus, nous écarterons volontairement les réponses dont la fréquence est inférieure à deux, considérant que celles-ci ne sont pas représentatives.

¹ Tiré de ABRIC, Jean-Claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Erès « Hors collection », 2003. 295 p.

² « Un champ lexical est (...) un ensemble de mots qui se rapportent à un même thème, à une même notion. » définition tiré du site www.etudes-litteraires.com (consulté le 6 juin 2011)

Puis, nous calculerons la moyenne de rang des réponses données par les participants en faisant la moyenne des rangs d'apparition.

Exemple

Plusieurs personnalités (rang 2) + Multi personnalités (rang 1) + Double personnalité (rang 4) =
Plusieurs/Double personnalités (rang moyen 2.33)
$(2.33 = \frac{\text{Rang 2} + \text{Rang 1} + \text{Rang 4}}{\text{Fréquence} = 3})$

Une fois ces calculs effectués, nous calculerons la moyenne de toutes les fréquences et la moyenne de tous les rangs moyens afin de fixer les limites entre la zone élevée et la zone faible. Cela nous permettra d'effectuer le croisement et nous permettra de déterminer les quatre zones des représentations.

		Rang moyen	
		faible	élevé
Fréquence	élevée	Zone du noyau Cette case contient les éléments du noyau central de la représentation mais tous les termes présents ici ne sont pas ceux du noyau.	1^{ère} périphérie Cette case contient les éléments périphériques de la représentation les plus significatifs.
	faible	Eléments contrastés Cette case contient des éléments périphériques mais elle peut également contenir des éléments du noyau central pour certains étudiants.	2^{ème} périphérie Cette case contient des éléments périphériques peu significatifs.

Dans un deuxième temps, nous nous intéresserons aux deux mots relevés comme importants par les participants dans le questionnaire et nous les utiliserons comme renforcements des éléments mis en évidence dans la zone du noyau central de la représentation.

Pour cela nous accorderons des points selon l'importance accordée par les participants à savoir : le mot n°1 = 2 points et le mot n° 2 = 1 point.

Exemple

« Que représente pour vous la schizophrénie ? »			Ce qui nous donne :	
	Mot 1 (= 2points)	Mot 2 (= 1point)		
1 ^{er} Participant	Plusieurs personnalités	Angoisse	Plusieurs/Double personnalités	4 points
2 ^e Participant	Multi personnalités	Délires	Angoisse/Peurs	2 points
3 ^e Participant	Violence	Peurs	Violence	2 points
			Délires	1 point

5.2 Résultats de l'analyse

Nous allons présenter ici les résultats des questionnaires, avec deux tableaux, commentés, par question, le premier afin de visualiser les représentations des étudiants avant le module 1007 et le second après le module 1007.

5.2.1 Données sociodémographiques

Concernant les participants, nous avons interrogé 22 étudiants en Soins Infirmiers de première année Bachelor, dont 20 filles et 2 garçons.

La moyenne d'âge est de 22 ans en général, dont 21.5 ans pour les garçons et 22 ans pour les filles.

5.2.2 Question 1 : « Que représente pour vous la schizophrénie ? »

Premier questionnaire avant le module 1007

« Que représente pour vous la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.22	≥ 3.22
Fréquences	≥ 4	Pathologie/Maladie (14; 1.71)¹ Plusieurs/Double personnalités (7; 3) Trouble psychique/mental (6; 2.83) Folie (6; 3) Paranoïa (4; 3)	Isolement/Repli sur soi (5; 4) Délires (4; 4.25)
	< 4 et > 1	Souffrance psychologique (3; 2) Trouble de la personnalité (3; 2.67) Angoisse/Peur (3; 2) Psychiatrie (2; 2) Psychique (2; 2)	Hallucinations (3; 3.33) Agressivité (3; 3.67) Mental (3; 4.67) Différence (2; 4) Handicap (2; 4) Incompréhension (2; 4) Problème psychologique (2; 5)

Tableau 5-1 : Les quatre zones des représentations sociales

Pathologie/Maladie	19
Trouble de la personnalité	5
Plusieurs/Double personnalités	4
Isolement/Repli sur soi	4
Souffrance psychologique	3
Incompréhension	2
Paranoïa	2
Délires	2
Angoisse/Peur	2
Psychiatrie	2
Psychique	2
Agressivité	2
Hallucinations	1
Différence	1

Tableau 5-2 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Globalement la schizophrénie est perçue, de manière significative, par les étudiants comme une *Pathologie/Maladie* et un *Trouble psychique/mental*.

Cependant, dans le noyau central nous retrouvons l'élément *Plusieurs/Double personnalités* qui nous semble fortement influencé par la médiatisation de la schizophrénie. En effet, c'est principalement à la télévision et au cinéma que l'on nous présente des personnes souffrant de schizophrénie luttant entre deux ou plusieurs personnalités. Nous pensons ici à des histoires ayant marqué les esprits telles que le fameux « *Dr Jeckyll et Mr Hyde* » qui, bien que ne faisant mention d'aucun diagnostic a véhiculé le dédoublement de la personnalité comme symptôme de maladies psychiques graves. Nous pensons également au célèbre « *Psychose* » dans lequel le personnage principal, diagnostiqué schizophrène, tue en se prenant pour sa défunte mère.

Actuellement, nous avons pu constater que cette idée était toujours diffusée par le biais de séries policières telles que « *les Experts* » ou « *Esprits criminels* » qui présentent régulièrement des tueurs souffrant de schizophrénie et passant à l'acte sous l'influence d'une personnalité maléfique. Malgré cela, le terme *Agressivité* apparaît seulement dans la deuxième périphérie, ce qui en fait un élément relativement peu significatif.

Le noyau central contient également les termes *Folie* et *Paranoïa*, ils ont une fréquence élevée et un rang d'apparition faible mais n'ont pas été relevés comme éléments les plus importants par les étudiants.

La première périphérie met en lumière l'élément *Isolement/Repli sur soi* qui a été relevé comme important malgré un rang d'apparition plus haut. Il est ici intéressant de relever qu'il s'agit d'un symptôme négatif de la schizophrénie souvent moins connu, car selon nous moins spectaculaire que les symptômes positifs qui eux ont une fréquence moins élevée.

Deuxième questionnaire après le module 1007

« Que représente pour vous la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.17	≥ 3.17
Fréquences	≥ 7.62	Hallucinations (17; 3)¹ Isolement/Repli sur soi (17; 3.12) Pathologie/Maladie/Trouble (15; 1.67) Délires (14; 3.14)	
	< 7.62 et > 1	Trouble/Maladie psychique (7; 2.43) Souffrance (3; 2.33) Maladie insidieuse (2; 2.5)	Psychose/Psychotique (6; 3.33) Angoisse/Anxiété/Peur (6; 3.67) Perte de lien avec la réalité/Perte de repères avec la réalité (4; 3.75) Incompréhension sociale (4; 3.75) Mal-être (2; 4) Malévoz ² (2; 4.5)

Tableau 5-3 : Les quatre zones des représentations sociales

Pathologie/Maladie/Trouble	16
Trouble/Maladie psychique	10
Hallucinations	9
Délires	8
Isolement/Repli sur soi	6
Souffrance	5
Psychose/Psychotique	4
Angoisse	3
Perte de lien avec la réalité/Perte de repères avec la réalité	2

Tableau 5-4 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

² Hôpital psychiatrique, fondé en 1899, situé à Monthey (Valais/Suisse) et qui fait parti du RSV depuis 2007. Il est le seul hôpital psychiatrique situé dans le Valais romand.

Dans cette question on constate que les mots *Hallucinations*, *Isolement/Repli sur soi*, *Pathologie/Maladie/Trouble* et *Délires* constituent le noyau central de la représentation de la schizophrénie. On remarque aussi que l'ensemble des termes *Pathologie/Maladie/Trouble* sont les plus importants pour les participants, viennent ensuite les mots *Hallucinations* et *Délires*. A noter que les éléments *Isolement/Repli sur soi* sont autant cités que les mots *Hallucinations* mais ne sont pas considérés comme importants par les étudiants.

Nous remarquons que dans la zone des éléments contrastés les termes *Trouble/Maladie psychique* sont cités sept fois mais sont considérés comme importants dans le second tableau. Ces mots peuvent donc être considérés comme noyau central pour certains étudiants. Cela rejoint l'idée que la schizophrénie est une maladie mais apporte tout de même une précision par rapport au domaine de la psychiatrie.

On peut en conclure que les étudiants se représentent la schizophrénie comme une maladie et que les personnes qui en souffrent présentent principalement des hallucinations mais aussi de l'isolement social ainsi que des délires. Ces symptômes correspondent à deux manifestations cliniques dont la dimension psychotique et la dimension négative de la maladie.

Comparaison des résultats de la première question :

En comparant les représentations des étudiants avant et après le module 1007, nous constatons, en premier lieu, que la fréquence d'apparition moyenne des mots du deuxième questionnaire est presque deux fois plus élevée que celle du premier. Cela nous indique que les mêmes termes apparaissent plus régulièrement, nous pouvons donc en déduire que le module a permis aux étudiants d'acquérir un vocabulaire professionnel commun.

La notion de maladie ou pathologie est relevée comme importante dans les deux questionnaires mais, après le module, le noyau central de la représentation contient les deux principaux symptômes positifs de la schizophrénie qui sont les délires et hallucinations, ainsi qu'une manifestation négative, soit l'isolement/repli sur soi, également très présente dans la pathologie.

Le dédoublement de la personnalité, quant à lui, a complètement disparu de ce noyau, cela nous signifie que cette représentation a été déconstruite lors de l'étude des symptômes de la maladie. Le terme péjoratif folie n'apparaît plus, non plus, dans le tableau et cela sans doute grâce à la sensibilisation faite au sujet de la stigmatisation que subissent les personnes souffrant de schizophrénie.

Nous relevons ensuite que l'agressivité n'est plus citée par les étudiants, le module a su démontrer que la relation avec une personne souffrant de schizophrénie n'est pas systématiquement empreinte de violence ou d'agressivité.

5.2.3 Question 2 : « Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie ? »

Premier questionnaire avant le module 1007

« Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 2.96	≥ 2.96
Fréquences	≥ 4.05	Hallucinations (15; 2.67)¹ Agressivité (7; 2.43) Délires (6; 1.67)	Isolement/Repli sur soi (12; 3.67) Violence (4; 3)
	< 4.05 et > 1	Paranoïa (3; 1.67) Comportements anormaux (3; 2) Angoisse/Peur (3; 2.66) Changement d'humeur (2; 1.5) Transition soudaine (2; 1.5) Perte de repères (2; 2) Monde imaginaire (2; 2.5)	Persécutions (3; 3) Fou/Folie (3; 3.67) Trouble de la personnalité (3; 4) Plusieurs/Double personnalités (3; 4.67) Instabilité psychique (2; 3) Crises (2; 4) Ambivalence (2; 4.5) Ne sait pas (2; 5)

Tableau 5-5 : Les quatre zones des représentations sociales

Hallucinations	9
Délires	7
Agressivité	5
Paranoïa	4
Angoisse	3
Comportements anormaux	3
Isolement/Repli sur soi	3
Violence	3
Ambivalence	2
Changement d'humeur	2
Plusieurs/Double personnalités	2
Instabilité psychique	2
Perte de repères	2
Crise	1
Trouble de la personnalité	1
Monde imaginaire	1
Persécutions	1

Tableau 5-6 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Selon les étudiants, la schizophrénie se manifeste, en premier lieu, par des *Hallucinations*, de l'*Agressivité* et des *Délires*, ces trois éléments du noyau central sont classés comme importants par les étudiants. Les délires et hallucinations représentent les deux symptômes positifs les plus courants de la pathologie, l'agressivité, elle, ne fait pas partie des symptômes de la schizophrénie mais est citée en deuxième position. Nous constatons que selon les termes mis en avant dans le noyau, la schizophrénie est perçue comme impressionnante et potentiellement menaçante.

La première périphérie contient un symptôme négatif fréquent de la maladie qui est l'*Isolement/Repli sur soi*, cet élément est le deuxième plus fréquemment cité après les *Hallucinations* mais son rang moyen d'apparition est élevé et il n'est pas relevé comme important.

Dans cette même périphérie, le terme violence apparaît, nous tenons à préciser ici que « *l'on estime entre 3 et 5 % la part de violence attribuable aux troubles psychiatriques, ce qui signifie que plus de 90 % des schizophrènes ne sont jamais violents.* »¹. Nous pensons que cette image de violence est due à la médiatisation de faits divers marquants où la schizophrénie de l'agresseur est mise en avant comme principal facteur du passage à l'acte, en effet, « *les patients souffrant de schizophrénie sont plus considérés comme dangereux que ceux ayant une dépression, même si cette dangerosité et cette imprévisibilité ne correspondent pas à la réalité statistique car les patients schizophrènes n'apparaissent pas plus dangereux que le reste de la population, même si leurs actes frappent souvent plus les esprits par leur caractère étrange.* »².

Dans les éléments contrastés, nous trouvons le terme *Paranoïa* qui est également considéré comme important.

Nous constatons ensuite, que la notion de *Plusieurs/Double personnalités*, qui était ressortie comme élément fortement significatif de la représentation globale de la schizophrénie n'est ici citée que dans la deuxième périphérie et perd donc de son importance.

Pour terminer, nous retrouvons quelques symptômes de la dimension de désorganisation, tels que les *Comportements anormaux*, les *Changements*

¹ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

² Tiré de KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

d'humeur, l'Ambivalence et l'Instabilité psychique. Ceux-ci se situent dans les éléments contrastés et la deuxième périphérie, ils sont donc moins significatifs pour les étudiants que les symptômes positifs et négatifs.

Deuxième questionnaire après le module 1007

« Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.18	≥ 3.18
Fréquences	≥ 8.08	Hallucinations (visuelles/auditives) (28; 2.14)¹ Délires (18; 2.56)	Isolement/Repli sur soi (20; 3.3) Angoisse/Anxiété/Peur (9; 4.44)
	< 8.08 et > 1	De manière insidieuse/Insidieusement (3; 1) Troubles psychotiques/Psychose (2; 3)	Comportement inadapté/étrange (4; 3.5) Paranoïa (3; 3) Persécution (3; 3.33) Incompréhension des autres (3; 4.33) Troubles de la marche/Démarche perturbée (2; 3.5) Violence (2; 4)

Tableau 5-7 : Les quatre zones des représentations sociales

Délires	21
Hallucinations (visuelles/auditives)	18
Isolement/Repli sur soi	14
Angoisse/Anxiété/Peur	5
Troubles psychotiques/Psychose	3
De manière insidieuse/Insidieusement	2
Incompréhension des autres	1

Tableau 5-8 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Dans le tableau ci-dessus, le noyau central est constitué des mots *Hallucinations* et *Délires*. Dans la première périphérie, qui représente des éléments significatifs, on trouve les termes *Isolement/Repli sur soi* et *Angoisse/Anxiété/Peur*.

Nous constatons, selon le deuxième tableau, que ces mots sont aussi considérés comme les plus importants pour les étudiants.

Nous pouvons donc en conclure que les étudiants se représentent les manifestations de la schizophrénie comme étant principalement des hallucinations et des délires mais avec un isolement ou un repli sur soi ainsi que de l'angoisse, de l'anxiété ou de la peur.

Les trois premiers éléments étaient déjà représentatifs dans la première question du deuxième questionnaire qui concernait la représentation générale de la schizophrénie. Le dernier élément, à savoir *Angoisse/Anxiété/Peur*, était déjà apparu six fois lors de la première question et est ici cité neuf fois. Ces sentiments ne font pas partie des critères spécifiques de la schizophrénie et ne sont pas caractéristiques de la maladie, cependant ils apportent une dimension à la souffrance que peut présenter la personne atteinte de schizophrénie et amener l'étudiant à une plus grande empathie et une meilleure écoute envers le patient.

Comparaison des résultats de la deuxième question :

Nous constatons que, comme à la première question, le module 1007 a permis de faire disparaître le terme agressivité du tableau alors qu'il se situait dans le noyau central du premier questionnaire. La notion de violence reste présente mais perd en importance, nous présumons que cette représentation a pu être nuancée grâce à d'éventuelles données chiffrées de passages à l'acte commis par des personnes souffrant de schizophrénie et à la prise de conscience des étudiants qu'il existe certains facteurs particuliers favorisant. « *Parmi ces facteurs, on peut citer les facteurs psychotiques proprement dits, l'existence d'une atteinte cérébrale, la comorbidité avec des troubles de la personnalité, les troubles thymiques, et les addictions, l'absence de compliance aux soins et enfin des données issues de la biographie et des événements de vie stressants.*¹ »

Les deux symptômes positifs de la schizophrénie occupent toujours le noyau central de la représentation mais leurs fréquences d'apparition augmentent de manière importante.

Les étudiants semblent ensuite avoir été sensibilisés à ce que peut ressentir une personne souffrant de schizophrénie. Ainsi les notions de peur, anxiété, angoisse et les sentiments d'incompréhension, permettent aux étudiants de prendre conscience du ressenti de la personne et non plus uniquement de leurs propres ressentis face à la schizophrénie.

Le module 1007 a également permis aux étudiants de différencier les troubles de la personnalité de la schizophrénie.

Enfin, ils relèvent la perturbation de la démarche comme faisant partie des symptômes de la schizophrénie, alors que cet élément est un effet secondaire des neuroleptiques.

¹ Tiré de VACHERON-TRYSTRAM, M.-N., CORNIC, F., GOUREVITCH, R. *La prise en charge des états réputés dangereux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 214 p.

5.2.4 Question 3 : « Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ? »

Premier questionnaire avant le module 1007

« Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.06	≥ 3.06
Fréquences	≥ 5.88	Traumatismes/Chocs psychologiques (15; 2.47)¹ Hérédité (11; 2.91) Génétique (10; 2.5) Mise à l'écart/Isolement social (9; 2.89) Abus/Traumatismes/Chocs durant l'enfance (7; 2.71) Abus/Prise de Drogues (7; 2.71)	Souffrances/Manques durant l'enfance (7; 3.14)
	< 5.88 et > 1	Troubles/Fragilité mentales (5; 2.8) Environnement/Contexte socio-familiale (4; 2.25) Problèmes/Événements de la vie (3; 2.33) QI supérieur/inférieur à la norme (3; 2.67)	Causes biologique (neurones...) (5; 3.8) Maladies/Troubles physiques (4; 4.5) Dépressions (3; 3.33) Souffrance psychologique (3; 4) Prédispositions (2; 2) Pas de réponse (2; 5)

Tableau 5-9 : Les quatre zones des représentations sociales

Traumatismes/Choc psychologique	19
Génétique	9
Hérédité	5
Mise à l'écart/Isolement social	5
Abus/Traumatismes/Chocs durant l'enfance	4
Environnement/Contexte socio-familiale	4
Troubles/Fragilité mentales	4
Causes biologique (neurones...)	3
Abus/Prise de drogues	2
Prédispositions	2
Dépressions	2
QI supérieur/inférieur à la norme	2
Maladies/Troubles physiques	2
Problèmes/Événement de la vie	1
Souffrance psychologique	1

Tableau 5-10 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

En premier lieu, nous constatons que déjà avant le module 1007, les étudiants considèrent que la schizophrénie peut être causée par des éléments physiques, psychologiques et environnementaux. En effet, le noyau central de la représentation contient des termes provenant de ces trois sphères.

La cause relevée comme la plus importante par les étudiants est le *Traumatisme /Choc psychologique*. Plusieurs autres éléments vont dans ce sens, soit, les éléments *Troubles/Fragilité mentales* et *Problèmes/Événements de la vie*, présents dans la zone des éléments contrastés, ou encore la *Souffrance psychologique*, située dans la deuxième périphérie. Les *Abus/Traumatismes/Chocs durant l'enfance* ainsi que les *Souffrances/Manques durant l'enfance* ne sont pas cités comme importants mais sont présents dans le noyau central et la première périphérie.

L'*Hérédité* et la *Génétique*, ressortent dans le noyau central et sont considérées comme causes importantes par les étudiants. Les autres influences physiques relevées par les étudiants sont situées dans la deuxième périphérie et restent relativement peu précises, il s'agit de *Causes biologique (neurones...)* et *Maladies/Troubles physiques*.

Le dernier terme noté comme important par les étudiants est *Mise à l'écart/Isolement social*.

L'élément *Abus/Prise de Drogues* est présent dans le noyau central de la représentation et obtient un rang moyen faible.

Les éléments contrastés contiennent la notion de *Quotient Intellectuel (QI)*, nous tenons à préciser que, comme dans la population générale, le QI d'une personne souffrant de schizophrénie peut être bas, normal ou élevé sans que cela soit imputable à la maladie. Il n'est pas non plus responsable de la maladie mais nous pensons que cette représentation peut être due, d'un côté, à la médiatisation, avec des films tels que « *Un homme d'exception*¹ » ou d'un autre côté, aux symptômes négatifs et de désorganisation de la schizophrénie, ainsi qu'aux effets secondaires des neuroleptiques qui peuvent donner l'impression que la personne souffre de troubles cognitifs.

¹ Cf. le point 3.3.4.3 : Le cinéma

Deuxième questionnaire après le module 1007

« Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 2.9	≥ 2.9
Fréquences	≥ 6.4	Traumatismes/Chocs psychologiques (12; 2.58)¹ Génétique (10; 2.2) Hérité (8; 1.75)	Environnement/Contexte socio-familiale (16; 3.06) Inconnu/Causes indéterminées (10; 4.5) Stress prolongé (7; 3.29)
	< 6.4 et > 1	Causes biologiques/métaboliques (5; 2.6) Souffrances/Manques durant l'enfance (5; 2.8) Abus/Traumatisme/Chocs durant l'enfance (3; 1.33)	Vulnérabilité/Fragilité/Faiblesse psychiques (6; 3) Mise à l'écart/Isolation sociale (5; 3.4) Apparaît avec l'âge/à l'adolescence (3; 3) Plurifactoriel (2; 3) Dépressions (2; 3.5) Problèmes périnataux/in-utéro (2; 3.5)

Tableau 5-11 : Les quatre zones des représentations sociales

Inconnu/Causes indéterminées	10
Génétique	8
Environnement/Contexte socio-familiale	7
Traumatismes/Chocs psychologiques	6
Hérité	5
Souffrances/Manques durant l'enfance	5
Apparaît avec l'âge/à l'adolescence	4
Vulnérabilité/Fragilité/Faiblesse psychiques	4
Plurifactoriel	3
Stress prolongé	3
Mise à l'écart/Isolation sociale	3
Abus/Traumatisme/Chocs durant l'enfance	2

Tableau 5-12 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Le noyau central de la représentation des étudiants au sujet des causes de la schizophrénie, après le module 1007, est constitué par les *Traumatismes/Chocs psychologiques* ainsi que la *Génétique* et enfin l'*Hérédité*.

Dans la première périphérie on trouve les éléments suivant l'*Environnement/Contexte socio-familiale*, ensuite l'élément *Inconnu/Causes indéterminées* et enfin le *Stress prolongé*.

Dans le tableau suivant concernant l'ordre d'importance accordée par les étudiants, l'élément *Inconnu/Causes indéterminées* est celui qui obtient le plus de points suivi par la *Génétique* ensuite l'*Environnement/Contexte socio-familiale* et enfin les *Traumatismes/Chocs psychologiques*.

Concernant les deux éléments les plus cités à savoir l'*Environnement/Contexte socio-familiale* (16 fois) ainsi que les *Traumatismes/Chocs psychologiques* (12 fois), ils font partie des influences environnementales de la schizophrénie. Dans les théories actuelles elles n'expliquent pas la maladie, elles sont considérées comme des facteurs déclenchants chez une personnalité déjà vulnérable. Elles peuvent expliquer la décompensation de la schizophrénie mais en aucun cas l'origine de la pathologie.

Les causes *Génétique* (citée 10 fois) et *Hérédité* (citée 8 fois) concernent l'influence biologique qui semble être l'une des causes les plus probables expliquant l'origine de la maladie.

Enfin l'élément *Inconnu/Causes indéterminées* (cité 10 fois) qui apparaît dans la zone périphérique mais qui est le plus cité au niveau de l'importance accordée par les participants. Elle est encore actuellement l'une des « *explications* » de la maladie qui trouverait son origine dans des causes plurifactorielles.

D'un point de vue pratique, ces représentations pourraient, éventuellement, pousser les étudiants à rechercher des événements traumatiques qu'auraient pu subir le patient par le biais d'une récolte de données concernant le malade et son entourage pour expliquer les origines de la maladie. Cependant cela pourrait être culpabilisant pour la famille qui pourrait alors se sentir responsable de la pathologie, mais aussi accentuer l'isolement du patient si ce dernier les tient responsables de sa situation.

Comparaison des résultats de la troisième question :

Les premiers éléments du noyau central de la représentation ne changent pas, il s'agit des traumatismes, de la génétique et de l'hérédité. Nous supposons naturellement que les hypothèses génétiques et héréditaires, qui sont actuellement de plus en plus présentées comme responsables de la schizophrénie, ont été exposées aux étudiants durant le module 1007 et nous comprenons donc que ces éléments soient ressortis dans le noyau. En revanche, nous nous interrogeons sur la présence persistante des traumatismes, qui ne font pas partie des hypothèses étiologiques, et restent cependant pour les étudiants, en première position des causes de la schizophrénie. Il peut s'agir ici d'une représentation particulièrement significative pour les étudiants.

L'isolement social qui ne fait cependant pas partie des hypothèses étiologiques mises en avant par les chercheurs et est plutôt une conséquence de la schizophrénie, perd en importance et passe du noyau central à la deuxième périphérie.

De même que la consommation de drogues qui, elle, disparaît complétement du tableau malgré sa plus grande implication dans l'étiologie de la schizophrénie. Car elle est actuellement montrée du doigt comme ayant une influence néfaste sur les troubles psychotiques, en tant que déclencheur précoce et inducteur de rechutes. Cependant, sa responsabilité comme cause de la schizophrénie, n'est pas démontrée.

Les éléments relatifs à l'enfance perdent également en importance et se retrouvent dans la zone des éléments contrastés.

Nous remarquons ensuite que les facteurs environnementaux deviennent plus significatifs pour les étudiants, alors qu'ils ne peuvent être considérés responsables de la maladie.

Dans la deuxième périphérie des deux tableaux, le terme dépression est présent, bien qu'elle ne soit pas une cause de la schizophrénie, il se peut que la confusion vienne du fait qu'une personne souffrant de dépression sévère peut présenter des symptômes psychotiques.

Il nous semble que, durant le module 1007, les étudiants ont pu prendre conscience que les causes de la schizophrénie sont encore à l'état d'hypothèses

et restent ainsi inconnues ; indéterminées. Cette notion a été relevée comme la plus importante, alors qu'elle ne figurait pas dans le tableau avant le module.

Dans l'ensemble, nous avons l'impression que les représentations des étudiants sont moins modifiées que lors des questions une et deux. Nous émettons l'hypothèse que comme les causes de la schizophrénie ne sont pas clairement déterminées, cela pourrait laisser plus de place aux représentations personnelles qui s'en trouveraient plus fortes et moins modifiables.

5.2.5 Question 4 : « Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ? »

Premier questionnaire avant le module 1007

« Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.39	≥ 3.39
Fréquences	≥ 7.23	Thérapies (psychiatre/psychologue) (22; 2.1)¹ Médication (18; 1.83) Hospitalisation/Unités spécialisées (16; 2.93) Ecoute/Relation d'aide (9; 3.33)	
	< 7.23 et > 1	Suivis Spécialisé/Psychiatres/Psychologue (7; 2.86) Séances/Thérapies de groupe (3; 3) Aide à l'entourage (3; 3.33) Psychotrope (2; 1.5)	Aidé par les proches (4; 4.5) Pas de réponse (4; 4.75) Encadrement/Cadre journalier (2; 4.5) Confrontation/Recadrer dans la réalité (2; 4.5) Réintégration professionnelle/sociale (2; 5)

Tableau 5-13 : Les quatre zones des représentations sociales

Médication	23
Thérapie (psychiatre/Psychologue)	19
Hospitalisation/Unité spécialisées	6
Suivis Spécialisé/Psychiatres/Psychologue	6
Psychotrope	3
Ecoute/Relation d'aide	3
Aidé par les proches	2
Aide à l'entourage	1
Encadrement/Cadre journalier	1

Tableau 5-14 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Les 22 étudiants ayant répondu au questionnaire se représentent les *Thérapies (psychiatre/psychologue)* comme faisant partie du traitement de la schizophrénie. Cet élément est considéré comme important mais il est relativement peu précis car le type de thérapie n'est pas spécifié, de même que le thérapeute peut être un psychiatre ou un psychologue.

Le noyau central contient également le mot *Médication*, sa fréquence est élevée, son rang d'apparition faible et il obtient le score d'importance le plus haut. De même que pour la thérapie nous restons ici dans une notion vague, c'est dans la zone des éléments contrastés que nous trouvons le terme plus précis de *Psychotrope*.

Les étudiants relèvent ensuite l'élément *Hospitalisation/Unités spécialisées* comme traitement significatif de la schizophrénie. Comme ces étudiants n'ont pas travaillé ou effectué de stage en milieu psychiatrique¹, il serait intéressant d'étudier comment ils se représentent les hôpitaux psychiatriques ou unités spécialisées car ces lieux jouissent souvent d'une image négative dans la population générale, « *l'image de la population se forme en partie grâce aux médias et aux films ; force est de constater que l'hospitalisation est souvent perçue comme on se la représentait à la fin du XIXe siècle.*² »

Le dernier élément contenu dans le noyau central de la représentation est *Ecoute/Relation d'aide* mais celui-ci n'est pas déterminé comme important.

La première périphérie est vide, ce qui signifie qu'aucun terme n'est cité avec une fréquence et un rang d'apparition élevés.

Dans les zones des éléments contrastés et de la deuxième périphérie nous trouvons la notion d'entourage comme traitement de la schizophrénie, soit par le biais de l'élément *Séances/Thérapies de groupe*, soit par la notion d'*Aide à l'entourage* et celle d'*Aidé par les proches*

¹ Critères d'exclusion présentés au point 4.1

² Tiré de KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

Deuxième questionnaire après le module 1007

« Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.33	≥ 3.33
Fréquences	≥ 5.33	Thérapie (psychiatre) (17; 2.24)¹ Neuroleptiques (13; 1.61) Médication (10; 1.6)	Hospitalisation (psychiatrique) (10; 3.8) Ecoute/Relation d'aide (9; 3.56)
	< 5.33 et > 1	Anxiolytiques (3; 1.67) Traitement non-médicamenteux (3; 2.67) Thérapie cognitivo-comportementale (2; 2.5)	Thérapies de groupe (5; 3.6) Suivis Spécialisé/Psychiatres (5; 3.8) Aide à l'entourage (4; 4) Electrochocs (3; 3.33) Psychotropes (2; 3.5) Réhabilitation/Réinsertion (2; 4) Psychanalyse (2; 4) Ergothérapie/Art-thérapie (2; 4.5) Exploration des délires/de la maladie (2; 4.5) Aidé par les proches (2; 5)

Tableau 5-15 : Les quatre zones des représentations sociales

Neuroleptiques	19
Médication	17
Thérapie (psychiatre)	15
Hospitalisation (psychiatrique)	5
Ecoute/Relation d'aide	2
Suivis Spécialisé/Psychiatres	2
Electrochocs	1
Thérapie cognitivo-comportementale	1
Exploration des délires/de la maladie	1

Tableau 5-16 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Nous trouvons dans le noyau central les éléments *Thérapie (psychiatre)*, *Neuroleptiques* et *Médication*.

Dans la zone périphérique apparaissent les éléments *Hospitalisation (psychiatrique)* et *Ecoute/Relation d'aide*.

Concernant les mots les plus importants pour les participants nous trouvons d'abord les *Neuroleptiques*, puis la *Médication*, ensuite la *Thérapie (psychiatre)* et enfin l'*Hospitalisation (psychiatrique)*.

L'élément le plus cité est la *Thérapie (psychiatre)* (17 fois) avec une troisième place au niveau de l'importance. Cependant les étudiants ne spécifient pas le type de thérapie, elle reste donc une notion vague.

Les *Neuroleptiques* qui est le deuxième élément le plus cité (13 fois), est aussi l'élément le plus important pour les étudiants. L'élément suivant est la *Médication* qui est citée dix fois et arrive deuxième au niveau de l'importance. La différence entre *Neuroleptiques* et *Médication* est mince, les premiers faisant partie de la deuxième. Cependant on peut imaginer la *Médication* dans un sens plus large en incluant par exemple les anxiolytiques que l'on retrouve souvent dans le traitement de l'anxiété, parfois associée à la schizophrénie.

L'*Hospitalisation (psychiatrique)* est un élément qui reste important, elle est citée dix fois et apparaît entre le troisième et quatrième rang. Cependant elle reste un des choix de la thérapie étant donné qu'elle intervient lors de phase de décompensation, même si elle peut être utilisée à but préventif en anticipant une décompensation imminente.

Enfin le rôle infirmier, le plus important à nos yeux, à savoir l'*Ecoute/Relation d'aide* n'est cité que neuf fois mais obtient un rang plus faible que l'*Hospitalisation (psychiatrique)*.

On peut cependant penser qu'étant donné l'importance accordée aux *Neuroleptiques* et à la *Médication*, les étudiants sauront accorder une place importante à l'enseignement concernant les médicaments aux patients prévenant ainsi les fréquentes décompensations en lien avec les arrêts de traitement.

Comparaison des résultats de la quatrième question :

Pour commencer nous constatons que le premier élément du noyau central des représentations des étudiants au sujet des traitements de la schizophrénie ne change pas, il s'agit toujours de la thérapie, cependant celle-ci se modifie légèrement car elle est uniquement pratiquée par un psychiatre, et non plus un psychologue.

Avant le module 1007, le deuxième élément du noyau central était la médication, nous remarquons qu'après le module, le traitement médicamenteux occupe la même place mais que les étudiants spécifient que ces médicaments sont des neuroleptiques.

L'écoute et la relation d'aide présentes dans le noyau du premier tableau perdent en importance et passent dans la première périphérie, à noter cependant que la fréquence d'apparition du mot est inchangée (9 fois), seul le rang moyen d'apparition est augmenté. Nous voyons donc que les étudiants ont d'abord cité des éléments plus spécifiques au traitement médical, et que le rôle infirmier s'en retrouve relégué au second plan mais reste présent. Nous émettons différentes hypothèses. Premièrement, comme ces étudiants n'ont pas effectué de stage en milieu psychiatrique, il leur est plus difficile de se représenter concrètement le rôle infirmier en psychiatrie. De plus, s'agissant d'une promotion de première année, nous pouvons présumer que leur identité professionnelle est encore en construction. Pour terminer, oserions-nous supposer qu'il existe encore ce petit complexe de l'infirmier face au corps médical ?

Nous observons ensuite que diverses formes thérapeutiques ont fait leur apparition dans le second tableau, soit la thérapie cognitivo-comportementale (TCC), les électrochocs, la psychanalyse, l'ergothérapie, l'art-thérapie et la réhabilitation.

Les électrochocs, appelée actuellement électronarcose ou sismothérapie, ne sont plus utilisés chez les personnes souffrant de schizophrénie, mais ils peuvent l'être dans les rares cas de troubles bipolaires ne répondant pas aux traitements médicamenteux et réunissant certaines conditions particulières.

La réhabilitation n'est citée que dans la seconde périphérie alors que celle-ci est désormais considérée par l'OMS¹ comme étant le troisième pilier du traitement de la schizophrénie, avec le traitement médicamenteux et la thérapie.

¹ Tiré de l'OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001, la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001. 182 p.

5.2.6 Question 5 : « Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ? »

Premier questionnaire avant le module 1007

« Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.13	≥ 3.13
Fréquences	≥ 4.88	Isolement/Repli sur soi (18; 2.44)¹ Angoisses/Peurs/Craintes (12; 2.08) Phases de crises et phases compensées (5; 3)	Incompréhension/Sentiment d'être incompris (6; 3.5) Séance/Suivi psychiatrique (5; 3.2)
	< 4.88 et > 1	Souffrances psychologiques (4; 2.25) Difficultés dans la vie quotidienne (4; 2.5) Difficultés sociales (4; 3) Médicaments/Traitement (4; 3) Mal-être/Malaise (3; 3) Agressivité/Danger (2; 2.5) Désordre mental (2; 3)	Encadrement/planification journalière (3; 3.67) Sentiment de ne pas être comme les autres/d'être fou (3; 3.67) Fatigue/Epuisement psychologique (3; 4) Difficultés professionnelles (3; 4.33) Retrait/Conflit familial (2; 4)

Tableau 5-17 : Les quatre zones des représentations sociales

Isolement/Repli sur soi	13
Angoisses/Peurs/Craintes	11
Incompréhension/Sentiment d'être incompris	5
Difficultés sociales	4
Souffrance psychologique	4
Séance/Suivi psychiatrique	3
Difficultés dans la vie quotidienne	2
Agressivité/Danger	2
Sentiment de ne pas être comme les autres/d'être fou	2
Fatigue/Epuisement psychologique	2
Désordre mental	2
Médicaments/Traitement	2
Encadrement/planification journalière	2
Phases de crises et phase compensées	1
Mal-être/Malaise	1

Tableau 5-18 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie est globalement perçu par les étudiants en Soins Infirmiers comme marqué par des difficultés psychologiques et sociales. En effet les cinq éléments relevés importants, soit *Isolement/Repli sur soi*, *Angoisses/Peurs/Craintes*, *Incompréhension/Sentiment d'être incompris*, *Difficultés sociales* et *Souffrance psychologique* nous montrent un quotidien où le mal-être prédomine.

Cependant nous nous demandons si cette image de souffrance ne pourrait pas être induite par l'énoncé même de notre question, où dans un souci de déstigmatisation nous avons utilisé la forme « *personne souffrant de schizophrénie* » plutôt que « *schizophrène* ».

Le noyau central de la représentation contient également la notion de *Phases de crises et phases compensées*.

Plus pratiquement, les étudiants ont l'image d'un quotidien ponctué par les éléments suivants : *Médicaments/Traitement*, *Séance/Suivi psychiatrique* et *Encadrement/planification journalière*.

La notion d'*Agressivité/Danger* est citée dans la zone des éléments contrastés.

Les *Difficultés professionnelles*, ressortant dans la deuxième périphérie, sont effectivement présentes chez les personnes souffrant de schizophrénie, ainsi « *En 2004, Marwaha et Johnson ont publié une revue de 26 études¹ des années 1950 aux années 2000 portant sur le taux d'emploi et la schizophrénie. De façon relativement cohérente dans les différentes études et quels que soient leurs lieux de réalisation, à partir des années 1990, le pourcentage des sujets souffrant de schizophrénie ayant un emploi se situe entre 10 et 15%. Les études rapportent essentiellement des données concernant les pays européens et les Etats-Unis.* »² Ces difficultés à être actif dans le milieu professionnel peuvent être causées par plusieurs facteurs tels que « *l'abus de substances, la durée de la maladie, l'âge de survenue de la maladie (début précoce) et la présence de symptômes positifs.* »³ Elles peuvent également être la conséquence de la

¹ MARWAHA, Steven et JOHNSON, Sonia. *Schizophrenia and employment - A review*. In : Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Volume 39, Number 5. 2004. p. 337-349

² Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

³ Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

stigmatisation infligée aux individus atteints de maladie mentale, ainsi « *en population générale, 30% des sujets interrogés¹ n'accepteraient pas de travailler avec un patient souffrant de schizophrénie (26% disent ne pas savoir s'ils accepteraient ou non...).*² »

¹ Enquête d'opinion réalisée en France, en 2009, par la fondation FondaMental (Réseau de coopération scientifique en santé mentale).

² Tiré de GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

Deuxième questionnaire après le module 1007

« Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ? »

		Rang moyen	
		< 3.07	≥ 3.07
Fréquences	≥ 6.19	Isolement/Repli sur soi (20; 2.4)¹ Souffrance morale (10; 2.2)	Angoisses/Peurs/Anxiétés (21; 3.1) Incompréhension/Sentiment d'être incompris (12; 3.08)
	< 6.19 et > 1	Hallucination (4; 2.75) Stressant (3; 2.33) Encadrement/cadre journalier (3; 2.67) Difficultés dans la vie quotidienne (3; 2.67) Difficulté sociale (2; 2) Persécution (2; 2.5)	Prise de médicaments (5; 3.8) Difficulté à savoir le vrai du faux (4; 3.75) Délires (3; 3.33) Mal-être (3; 4) Culpabilité (2; 3.5) Sentiment d'être fou/d'être étrange (2; 5)

Tableau 5-19 : Les quatre zones des représentations sociales

Isolement/Repli sur soi	19
Angoisses/Peurs/Anxiétés	16
Souffrance morale	11
Incompréhension/Sentiment d'être incompris	5
Encadrement/Cadre journalier	3
Difficulté à savoir le vrai du faux	2
Prise de médicaments	2
Persécution	2
Stressant	2
Mal-être	1

Tableau 5-20 : Importance accordée par les participants

¹ Le premier chiffre correspond à la fréquence d'apparition du mot et le deuxième à son rang moyen d'apparition.

Dans le noyau central l'élément le plus cité est *Isolement/Repli sur soi* (20 fois) et il obtient le plus haut score au niveau de l'importance accordée.

Vient ensuite la *Souffrance morale* citée dix fois et qui obtient la troisième place d'importance.

A noter que dans la première périphérie l'élément *Angoisses/Peurs/Anxiétés* est plus cité que l'*Isolement/Repli sur soi* mais obtient un rang moyen plus élevé et n'est que deuxième au niveau de l'importance.

Le deuxième élément de la première périphérie est l'*Incompréhension/Sentiment d'être incompris* qui est cité douze fois et obtient la quatrième place au niveau de l'importance.

On constate que la vision du quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie reste très négative aux yeux des participants. Mais comme nous l'avons souligné lors de l'analyse précédente cette vision a pu être induite par la formulation de la question.

Cependant comme nous le citons dans notre chapitre concernant les tendances actuelles, il est important de déstigmatiser cette vision négative de la vie d'une personne atteinte de schizophrénie. Rappelons ici que cette souffrance n'apparaît que lors de la phase prodromique ou de décompensation. En dehors de ces phases, une personne souffrant de schizophrénie peut avoir une vie épanouissante tant que l'accompagnement et le traitement sont respectés. Ajoutons qu'à l'heure actuelle, des programmes de développement de compétences pour les patients existent, leur permettant ainsi de faire face à des situations de stress qui peuvent entraîner des décompensations. De plus grâce à des équipes mobiles comme dans le canton de Vaud, il est possible de prévenir la décompensation en intervenant en amont.

Comparaison des résultats de la cinquième question :

Le premier élément du noyau central de la représentation des étudiants au sujet du quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ne change pas, il s'agit de *l'isolement/Repli sur soi*, sa fréquence augmente même légèrement (2 fois de plus).

Puis, également dans le noyau, la notion d'angoisse a été remplacée par une notion plus large de souffrance morale.

Cependant, nous retrouverons les *Angoisses/Peurs/Anxiétés* dans la première périphérie avec une fréquence augmentée mais un rang moyen d'apparition augmenté, il reste un élément marqué comme important par les étudiants.

Dans cette même périphérie, *l'Incompréhension/Sentiment d'être incompris* double sa fréquence de citation (de 6 fois à 12 fois).

Nous pouvons donc constater que le noyau et la première périphérie de la représentation restent empreints d'une vision négative du quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie.

La zone des éléments contrastés et la seconde périphérie, contiennent également des termes traduisant d'un quotidien difficile, tels que *Difficultés dans la vie quotidienne, Difficulté sociale, Difficulté à savoir le vrai du faux, Mal-être, Culpabilité, Sentiment d'être fou/d'être étrange*. Nous relevons cependant que l'agressivité, présente avant le module 1007, disparaît du tableau.

Pour cette question, comme pour la question relevant des causes de la schizophrénie, nous avons l'impression que les représentations des étudiants sont peu modifiées. Toutefois, l'hypothèse que nous mettons en avant diffère. Nous supposons que la population de personnes souffrant de schizophrénie que les étudiants seront le plus souvent amenés à rencontrer en milieu professionnel, sera généralement en phase aigüe de décompensation. Le module se concentre donc plus spécifiquement sur cette phase, dans laquelle la personne atteinte de schizophrénie est en souffrance.

5.2.7 Question 6 : « Aimeriez-vous ajouter quelque chose ? »

Globalement peu d'étudiants ont souhaité ajouter un commentaire concernant le questionnaire, quatre lors du premier questionnaire et seulement un lors du deuxième questionnaire.

Premier questionnaire (avant le module) :

Sur les quatre commentaires, trois concernent le manque de connaissance sur la pathologie :

« Je ne connais pas cette pathologie, j'ai émis beaucoup d'hypothèses ! »

« Manque encore de connaissances sur le sujet, difficile de définir les causes, le vécu de la maladie et les traitements possibles. »

« Je me réjouis d'avoir le module 1007 pour corriger mes pensées et en savoir plus. »

La dernière remarque concerne les médias :

« J'ai vu une émission sur la schizophrénie. »

Cependant elle nous apporte peu d'information étant donné que l'étudiant n'explique pas si cette émission était un reportage ou un documentaire scientifique et si elle était stigmatisante ou non pour les personnes souffrant de schizophrénie.

Deuxième questionnaire (après le module) :

Un seul étudiant s'est exprimé :

« Le module m'a donné l'envie de faire un stage en psychiatrie »

Cette remarque nous montre que le module a eu des répercussions positives sur cet étudiant. On peut en déduire que ce module permet aux étudiants de se préparer à un éventuel stage en psychiatrie en modifiant leurs possibles craintes de ce milieu.

5.3 Synthèse de l'analyse

De la **première question**, visant à avoir un aperçu global des représentations au sujet de la schizophrénie, nous pouvons résumer qu'avant comme après le

module 1007, les étudiants perçoivent la schizophrénie comme une maladie, un trouble. Cependant le module a permis de faire disparaître du second tableau les notions stigmatisantes d'agressivité et de folie, ainsi que la notion erronée de dédoublement de la personnalité.

Concernant la **deuxième question**, traitant des manifestations de la schizophrénie, nous remarquons que les deux symptômes positifs de la maladie, soit les hallucinations et les délires sont contenus dans le noyau central de la représentation, avant et après le module 1007, ils semblent être les plus connus. En effet, les symptômes négatifs sont principalement évoqués par le biais de l'isolement social. Quant à la dimension de désorganisation, elle ne se retrouve pas avant la zone des éléments contrastés.

La principale différence réside dans le fait qu'avant le module, l'agressivité se situait également dans le noyau central. Mais comme c'était le cas pour la question précédente, le module a permis aux étudiants de dissocier schizophrénie et agressivité et ainsi d'avoir une vision moins menaçante de la maladie.

Les résultats de la **troisième question**, explorant les représentations des causes de la schizophrénie, ont peu changé avec le module 1007. Le traumatisme reste en tête du noyau central, suivi par la génétique et l'hérédité. Cependant nous remarquons que des éléments des trois sphères mises en cause par les chercheurs dans l'étiologie de la schizophrénie, soit physique, psychologique et environnementale, sont cités par les étudiants.

Le module a également permis aux étudiants de prendre conscience que les causes de la maladie ne sont pas encore connues.

Les représentations des traitements de la schizophrénie, traitées à la **quatrième question**, sont principalement d'ordre médical. Avant et après le module 1007, le noyau central contient la thérapie et la médication, avec toutefois, après le module, la précision que la thérapie est pratiquée par un psychiatre et que la médication est principalement constituée par des neuroleptiques.

Le module a également permis aux étudiants de diversifier leur vision des thérapeutiques utilisées, ainsi que d'y intégrer la réhabilitation, même si celle-ci ne se situe que dans la deuxième périphérie.

Le rôle infirmier est ici peu présenté par les étudiants.

Les résultats de la **cinquième question**, investiguant les représentations des étudiants au sujet du quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie, sont

eux aussi, relativement peu modifiés par le module 1007. L'isolement social et la souffrance restent des éléments très significatifs pour eux. Dans l'ensemble, le quotidien est perçu comme difficile et il est plus axé sur le ressenti de la personne souffrant de schizophrénie que sur des notions concrètes telles que les activités de la vie quotidienne (par exemple : faire les courses, cuisiner, se laver...).

Globalement, nous constatons que le terme agressivité très présent dans les premiers tableaux a totalement été exclu des seconds.

Nous remarquons également que la fréquence d'apparition des mots est augmentée dans quatre des deuxièmes questionnaires, ce qui nous indique que le module 1007 a permis aux étudiants d'acquérir un vocabulaire commun et professionnel.

Le tableau dans lequel la fréquence est diminuée est celui explorant les traitements de la schizophrénie, nous pensons que c'est en raison de la grande variété de thérapeutiques présentées aux étudiants au cours du module.

6 Discussion

Ce chapitre de discussion a pour but de faire le bilan de notre travail, nous allons reprendre ci-dessous les objectifs que nous nous étions fixés.

Notre premier objectif était : « *Appliquer la méthode de recherche en Soins Infirmiers à notre travail de Bachelor.* ».

Afin de réaliser notre étude, nous n'avons pas utilisé, au sens stricte, une méthode de recherche en Soins Infirmiers étant donné que nous n'avons pas utilisé de théorie infirmière. Cependant, à nos yeux, notre travail devrait trouver sa place dans ce monde en perpétuelle évolution qu'est la science infirmière.

Pour commencer, le sujet de notre étude nous semble pertinent car il s'inscrit dans un courant actuel d'étude des représentations de la maladie mentale¹. De plus, nous avons eu un véritable intérêt à traiter de ce thème, ainsi qu'une grande curiosité quant à la découverte des résultats de nos questionnaires.

Nos questions de recherche nous paraissent adaptées car elles énoncent clairement notre intention de recherche, elles sont précises et évaluables.

¹ Cf. le point 1.3 : Motivations socioprofessionnelles

Nous estimons ensuite, avoir présenté un cadre conceptuel complet et détaillé. Il permet en effet de reprendre les trois principaux éléments de nos questions de recherche, à savoir la schizophrénie, les représentations et le module 1007. Il est également utile à notre analyse.

L'échantillon de personnes répondant à nos questionnaires est composé uniquement d'étudiants en Soins Infirmiers de la formation Bachelor de première année, soit notre population cible. Ils ont été sélectionnés sur la base du volontariat après présentation du but de notre étude et des critères d'exclusion¹. Afin de ne pas biaiser notre recherche, il nous était indispensable d'avoir ces critères et de laisser le choix de la participation car nous avons demandé aux étudiants participant de s'engager à remplir les deux questionnaires (avant et après le module 1007).

Comme outils de récolte des données, nous avons utilisé l'évocation hiérarchisée. Selon nous, cette méthode est parfaitement adaptée à l'étude des représentations sociales, elle permet d'identifier les quatre zones de la représentation et ainsi d'avoir une meilleure visibilité des évolutions. Afin d'utiliser au mieux notre questionnaire, nous avons effectué quatre pré-tests, qui nous ont permis de réajuster nos instructions orales.

Nous avons conçu un questionnaire² simple et clair, cependant nous nous demandons si, à la cinquième question, nous n'avons pas induit une notion de souffrance en écrivant « *personne souffrant de schizophrénie* ». Toujours dans un souci de déstigmatisation, nous aurions dû utiliser la formule « *personne atteinte de schizophrénie* ».

Le déroulement de notre récolte des données s'est effectué dans le respect des principes éthiques. Ainsi les étudiants ont été informés du déroulement et de l'objectif de notre étude³, ils ont signé un formulaire de consentement éclairé⁴, et les données sociodémographiques recueillies au début du questionnaire sont minimales afin de préserver l'anonymat.

¹ Cf. le point 4.1 : Méthode de récolte de données

² Cf. Annexe B : Questionnaire

³ Cf. Annexe C : Lettre explicative

⁴ Cf. Annexe D : Consentement éclairé

Nous avons, ensuite, effectué l'analyse, avec dans un premier temps le traitement des données, soit la création des tableaux¹. Durant cette étape nous avons fait preuve de rigueur en retranscrivant les termes utilisés par les étudiants de façon fidèle, lorsque, par exemple, nous estimions que des termes différents avaient le même sens, nous les regroupions mais ne les changions pas. Dans un second temps, nous avons interprété les données en tâchant de mobiliser les éléments de notre cadre théorique et d'intégrer systématiquement toutes les réponses significatives.

Pour terminer, nous pouvons dire que notre travail de Bachelor atteint un faible niveau de preuve. Nous estimons que notre étude comporte une bonne validité interne, soit de la cohérence dans la démarche effectuée. Toutefois, nous pensons que la validité externe est faible en raison de l'impossibilité de transférer nos résultats à un autre contexte.

De plus, nous aurions pu coupler notre méthode avec des entretiens individuels des participants après chaque questionnaire afin d'affiner et comparer ces entretiens avec notre analyse. Cependant cette étape nous aurait demandé beaucoup de temps et elle ne nous semble pas appropriée à notre travail qui correspond à un niveau de recherche initial.

Concernant les deux objectifs suivants : « *Identifier les représentations des étudiants Bachelor en Soins Infirmiers au sujet de la schizophrénie.* » et « *Identifier l'influence de la formation sur les représentations des étudiants Bachelors en Soins Infirmiers au sujet de la schizophrénie.* »

Nous pensons avoir atteint ces différents objectifs. Dans notre analyse, nous avons en effet identifié leurs représentations avant et après le module et les avons comparées après chaque question, cette dernière étape nous a permis d'identifier l'influence de la formation.

Enfin, notre dernier objectif était « *Faire évoluer nos propres représentations sur les étudiants face à la schizophrénie.* ». Cet objectif, qui est développé dans le chapitre suivant², nous semble aussi avoir été atteint. En effet tout au long de ce travail nos propres représentations ont sans cesse évoluées mais pas seulement à l'égard des étudiants en Soins Infirmiers mais aussi face à la schizophrénie.

¹ Cf. le point 5.1 : Méthode d'analyse des données

² Cf. le point 7 : Conclusion

7 Conclusion

Au terme de notre étude nous avons pu relever ces différents points :

- Le module a permis de faire évoluer les représentations stigmatisantes d'agressivité, de violence et de folie, ainsi que la notion erronée de dédoublement de la personnalité.
- La dimension de désorganisation de la schizophrénie reste, après le module, peu citée et semble peu connue par les étudiants.
- Le traumatisme est toujours, après le module, la cause étiologique la plus citée par les étudiants.
- Le module a permis aux étudiants d'élargir leurs visions des différents types de thérapie existantes pour la schizophrénie.
- Le rôle professionnel infirmier semble ne pas être assez mis en avant dans le module.
- Après le module, l'isolement social et la souffrance restent les principales représentations des étudiants au sujet du quotidien d'une personne atteinte de schizophrénie.
- Le module permet aux étudiants d'acquérir un vocabulaire commun et professionnel.

7.1 Propositions

Nous proposons les actions suivantes pour la pratique. Les équipes ainsi que les praticiens formateurs dans le domaine de la psychiatrie qui accueillent un étudiant en Soins Infirmiers, doivent insister sur le rôle infirmier afin d'en amener une vision concrète. De plus les praticiens formateurs devraient insister voir rendre obligatoire une journée en CCPP (Centres de Compétences en Psychiatrie et Psychothérapie) afin d'améliorer la vision de la réhabilitation chez l'étudiant.

Concernant la formation nous recommandons les actions suivantes. Il faudrait déconstruire les représentations au sujet de l'étiologie de la maladie en séparant les causes et les facteurs déclenchants de la schizophrénie. De plus, la formation devrait appuyer sur la dimension de désorganisation très handicapante de la maladie. Elle devrait aussi plus insister, à l'aide par exemple de documents audio-visuels, sur le rôle autonome de l'infirmier.

Enfin, elle devrait rendre plus visible les résultats de la réhabilitation et les possibilités d'évolution positive de la maladie.

7.2 Evolutions des représentations personnelles

Nous avons identifié au début de notre travail nos propres représentations concernant les étudiants en Soins Infirmiers¹ que nous reprenons ci-dessous tout en les commentant :

« Très peu d'étudiants en Soins Infirmiers manifestent de l'intérêt pour la psychiatrie. » Nous avons été surpris par l'engouement qu'ont manifesté les étudiants lorsque nous nous sommes présentés à eux pour leur proposer de participer à notre étude. Cela dénote à nos yeux un intérêt certain pour le domaine de la psychiatrie. De plus trois étudiants nous ont fait part de leurs manques de connaissances au sujet de la schizophrénie dans les commentaires de la question 6 de notre premier questionnaire, ce qui peut suggérer la volonté d'apprendre à mieux cerner cette maladie.

« La plupart des étudiants en Soins Infirmiers redoutent un éventuel stage en psychiatrie. » A nos yeux il reste vrai que la plupart redoute ce milieu. Mais nous nous sommes aperçus que nous même avons des appréhensions concernant certains milieux de soins aigus comme les urgences ou les soins intensifs. Cette crainte est basée sur l'inconnu et l'image que l'on s'en fait. On a pu constater, par ce travail, que ce module offrait des connaissances et une autre vision de la psychiatrie. Il permet par exemple de modifier la représentation de l'agressivité chez les personnes souffrant de schizophrénie. Il est donc un moyen efficace de lutter contre l'image négative de ce milieu et de permettre aux étudiants de moins redouter leurs éventuels futurs stages.

« Dès lors que les étudiants en Soins Infirmiers reçoivent une formation en psychiatrie, ils ne devraient plus avoir de préjugés sur la maladie mentale. » Cette vision nous paraît à présent utopique. Comme souligné dans notre représentation précédente ce module prépare en effet l'étudiant à prendre en charge des personnes souffrant de maladie mentale en modifiant leurs propres représentations. Cependant il ne reste qu'un apport théorique et il nous semble nécessaire qu'une expérience pratique professionnelle vienne compléter leur formation afin de leur permettre de mieux appréhender la maladie mentale. De plus, en développant le chapitre des représentations nous avons vu que celles-ci se fondent aussi sur les expériences personnelles, les éventuels préjugés qui en découleraient ne peuvent pas être modifiés par un simple apport théorique.

¹ Cf. le point 1.1 : Représentations personnelles

« *Les étudiants en Soins Infirmiers qui ne profitent pas des modules de psychiatrie pour faire évoluer leurs représentations deviendront des professionnels mal à l'aise dans la prise en charge de patients souffrant de maladie mentale.* » Dans un premier temps, nous avons constaté à travers notre travail que leurs représentations avaient évolué de manière positive. Cependant comme nous l'avons expliqué dans le paragraphe précédent certaines de ces représentations ne peuvent pas évoluer avec un simple apport théorique. De plus nos propres expériences professionnelles nous ont appris que n'importe quel soignant, à cause de son propre passé ou de ses idées, peut se sentir mal à l'aise face à une situation que ce soit à cause de la pathologie, de la personne souffrante ou de son comportement. Notre solution est alors de laisser la prise en charge du patient à d'autres membres de l'équipe.

« *Certains étudiants en Soins Infirmiers utilisent un vocabulaire stigmatisant pour les patients souffrant de maladies mentales (...).* » Nous ne pouvons pas évaluer cette représentation étant donné que les questionnaires ont été remplis dans le cadre de la Haute-école ce qui, nous supposons, empêche les étudiants de s'exprimer librement sans remettre en cause leur statut de futurs professionnels de la santé chez qui un tel vocabulaire ne devrait pas être toléré.

« *Pour une grande partie des étudiants en Soins Infirmiers, la schizophrénie est associée à la violence.* » Nous avons constaté que la notion d'agressivité et de violence apparaissait lors du premier questionnaire mais avait pratiquement disparu dans le deuxième. Il est donc clair que ce module a servi à modifier cette représentation. Nous avons aussi pu remarquer que l'intitulé du module avait changé depuis le début de notre formation, en effet il y a deux ans le titre était : *La schizophrénie, la violence, les crises psychotiques* contre actuellement : *La schizophrénie : soins*.

7.3 Bilan

Lors de ce travail nous avons éprouvé des difficultés lors de l'analyse.

La première concernait la formation des champs lexicaux pour assembler les termes semblables dans les tableaux. En effet, nous n'avions à disposition aucun modèle informatique comme il en existe en sociologie et avons dû discuter ensemble de plusieurs mots comme par exemple *Génétique* et *Hérédité* qui sont très proches mais qui nous ont semblé différents. Car la génétique peut

concerner une déformation développementale ou une déformation congénitale comme dans le cas de l'hérédité. La seconde est que le module 1007 se déroulant tardivement, à savoir au mois d'avril 2011, et que le dépôt de notre mémoire était fixé au 25 juillet 2011, nous aurions souhaité plus de temps pour introduire et analyser les données récoltées.

En revanche, nous avons eu des facilités par rapport au thème tout d'abord qui est pour nous un sujet de prédilection commun, ce qui nous a permis de fixer rapidement nos objectifs de travail et de maintenir notre motivation. Et de plus, grâce aux deux personnes que nous souhaitons encore remercier ici et sans qui ce mémoire ne serait pas, à savoir notre directrice de mémoire, Madame Elvire BERRA, qui a su subtilement nous accompagner et nous soutenir lors de la rédaction de ce travail et Madame Brigitte REY-MERMET TROTTET qui a accueilli avec enthousiasme ce projet et nous a permis d'intervenir au sein du module.

Pour conclure, nous pensons qu'il serait intéressant de mener une telle étude au niveau d'infirmiers diplômés travaillant dans d'autres domaines que la psychiatrie, afin d'évaluer leurs besoins et leurs attentes face à la maladie mentale.

Enfin retenons cette parole d'Albert Einstein :

« Il est plus facile de désintégrer un atome qu'un préjugé. »

Depuis longtemps la science y parvient, qu'en est-il alors des préjugés ?

8 Bibliographie

8.1 Livres

ABRIC, Jean-Claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse: Erès « Hors collection », 2003, 295 p.

American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. 4e éd., texte révisé. Paris : Masson, 2003. 1120 p.

ANTHONY, W., COHEN, M., FARKAS, M., GAGNE, C. *La réhabilitation psychiatrique*. Charleroi/Belgique : Socrate Editions Promarex, 2004. 442 p.

BARNES, Mary, BERKE, Joseph. *Mary Barnes, un voyage à travers la folie*. Paris : Editions du Seuil, 2001. 458 p.

BATESON, G., [et al.]. *Toward a Theory of Schizophrenia*. . In : BATESON, G. *Steps to an Ecology of Mind*. The University of Chicago Press, Chicago, 2000. pp. 201-227

BIRCHWOOD, M.J., [et al.]. *Schizophrenia : An integrated approach to research and treatment*. New York : New York University Press, 1989. 432 p.

BONNAFE, Lucien. *Désaliéner ? : Folie(s) et société(s)*. Toulouse : Presses universitaires du Mirail, 1991. 338 p.

BOWEN, M. *Family therapy in clinical practice*. 1st Edition. New York : Jason Aronson Inc., 1978. 575 p.

CHEMAMA, Roland et VANDERMERSCH, Bernard. *Dictionnaire de la Psychanalyse*. Paris : Larousse, 1998. 462 p.

DE ROSA, Annamaria. *Le « réseau d'associations »*. In : ABRIC, Jean-Claude. *Méthodes d'étude des représentations sociales*. Toulouse : Erès « Hors collection », 2003. p. 81-117.

DEBICKI, J., FAVRE, J.-F., GRUNEWALD, D., PIMENTEL, A.-F. *Histoire de l'art, peinture, sculpture, architecture*. Paris : Hachette, 1995. 319 p.

DIGONNET, E., FRIARD, D., LEYRELOUP, A.-M., RAJABLAT, M. *Schizophrénie et Soins Infirmiers, une approche clinique du traitement et des soins*. Paris : Masson, 2004. 296 p.

DORTIER, Jean-François. *Le Dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre : Sciences humaines, 2004. 875 p.

DUBOIS, Jean. *Lexis, Larousse de la langue française*. Paris : Larousse, 2002. 2109 p.

FATTORUSSO, V., RITTER, O. *Vademecum clinique, du diagnostic au traitement*. 18^e édition. Issy-les-Moulineaux : Masson, 2006. 2047 p.

FERREOL, Gilles. [et al.]. *Dictionnaire de sociologie*. 3^e éd. Paris : Armand Colin, 2002. 242 p.

GARNIER, DELAMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29^e édition. Paris : Maloine, 2006. 1048 p.

GARRABE, Jean. *La schizophrénie, un siècle pour comprendre*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2003. 329 p.

GIORDANA, Jean-Yves. *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 241 p.

GODIN, Christian. *Dictionnaire de philosophie*. Fayard / éditions du temps, 2004. 1534 p.

GUELF, J-D. ROUILLON, F. *Manuel de psychiatrie*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2007. 777 p.

GRIVOIS, Henri. *Parler avec les fous*. Paris : Les empêcheurs de penser en rond, 2007. 218 p.

HO, B.C., BLACK, D.W., et ANDREASEN, N.C. *Schizophrenia and other psychotic disorders*. In : HALES, R.E. et YUDOFKY, S.C. (dir.). *Textbook of clinical psychiatry*, 4^e éd. Washington, DC : American Psychiatric Publishing, 2003. 1760 p.

HOCHMANN, Jacques. *La consolation. Essai sur le soin psychique*. Paris : Editions Odile Jacob, 1994. 328 p.

JODELET, Denise. *Folies et représentations sociales*. 1^{ère} éd. Paris: Les Presses universitaires de France, 1989. 398 p.

JODELET, Denise. *Les représentations sociales*. 7^e éd., 2^{ème} tirage. Paris : Presses universitaires de France, 2007. 447 p.

KOHL, Frantz-Samy. *Les représentations sociales de la schizophrénie*. Paris : Masson, 2006. 146 p.

LALONDE, Pierre et collaborateurs. *Démystifier les maladies mentales, la schizophrénie*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaëtan Morin Editeur, 1995. 185 p.

LAPLANCHE, Jean. PONTALIS J.-B. ; sous la direction de LAGACHE Daniel. *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : Presses universitaires de France, 1997. 523 p.

LOISELLE, Carmen G., PROFETTO-McGRATH, Joanne. *Méthode de recherche en sciences infirmières. Approches quantitatives et qualitatives*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2007. 591 p.

MOLINER, Pascal. *Formation et stabilisation des représentations sociales*. In : *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* Sous la dir. de MOLINER Pascal. Coll. « Vies Sociales ». Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2001. p. 15-41

MUGNY, Gabriel. QUIAMZADE, Alain. et TAFANI, Eric. Dynamique représentationnelle et influence sociale. . In : *La dynamique des représentations sociales : pourquoi et comment les représentations se transforment-elles?* Sous la dir. de MOLINER Pascal. Coll. « Vies Sociales ». Grenoble : Presses universitaires de Grenoble, 2001. p. 123-161

OMS. *La schizophrénie : étude multinationale*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 1977. 162 p.

OMS. *Rapport sur la Santé dans le Monde, 2001, la santé mentale : Nouvelle conception, nouveaux espoirs*. Genève : Organisation Mondiale de la Santé, 2001. 182 p.

POSTEL, Jacques, QUETEL Claude. *Nouvelle histoire de la psychiatrie*. Toulouse : Editions Privat, 1983. 774 p.

SADOCK, B.J., SADOCK, V.A. *Synopsis of psychiatry : Behavioral sciences/clinical psychiatry*. 10^{ème} éd. Philadelphie : Lippincott Williams & Wilkins, 2007. 1479 p.

TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2004. 692 p.

TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers : Psychiatrie et santé mentale*. Adaptation française : Hélène CLAVET [et al.]. 2^e éd. Collection : Compétences infirmières. Saint-Laurent : ERPI, 2010. 790 p.

VACHERON-TRYSTRAM, M.-N., CORNIC, F., GOUREVITCH, R. *La prise en charge des états réputés dangereux*. Issy-les-Moulineaux : Elsevier-Masson, 2010. 214 p.

VIDON, Gilles. *La réhabilitation psychosociale en psychiatrie*. Paris : Editions Frison-Roche, 1995. 485 p.

VIVICORSI, Bruno, COLLET Raphaële. *Handicap, cognition et prise en charge individuelle, des aspects de la recherche au respect de la personne*. Publications des Universités de Rouen et du Havre, 2005. 323 p.

WHO. *Gender differences in the epidemiology of affective disorders and schizophrenia*. Geneva : World Health Organization, 1997. 163 p.

WHO. *Schizophrenia and public health*, Geneva : World Health Organization, 1998. 33 p.

WHO. *Schizophrenia, information for families*. Geneva : World Health Organization, 1992. 62 p.

8.2 Articles

ARSENEAULT, L., CANNON, M., POULTON, R. [et al.]. *Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis : longitudinal prospective study*. BMJ 2002 ; 325. p. 1212-1213.

ARSENEAULT, L., CANNON, M., WITTON, J., MURRAY, R.M. *Causal association between cannabis and psychosis : examination of the evidence*. Br J Psychiatry 2004 ; 184. p. 110-117.

BROWN, G W. BIRLEY, J. *Crises and life changes and the onset of schizophrenia*. In : Journal of Health and Social Behaviour, 9. 1968. p. 203-214

HUGUELET, P., MOHR, S., BOUCHERIE, M., DUPONT-WILLEMEN, S., FERRERO, F., BORRAS, L. *Revenus et dépenses des patients souffrant de psychose chronique*. In : Revue Médicale Suisse n° 125 art n° 32561. Publiée le 19/09/2007.

HUTTUNEN, MATTI O., NISKANEN, PEKKA. *Prenatal loss of father and psychiatric disorders*. Archives of General Psychiatry, Vol 35(4), Apr 1978. p. 429-431.

KING, S., MARSOLAIS, Y. et LAPLANTE, D. P. *Les effets du stress maternel prénatal sur le développement cognitif des enfants : Projet Verglas*. In : BISE : bulletin d'information en santé environnementale. Institut national de santé publique du Québec, vol. 18. 2007. p. 25-30

MARWAHA, Steven et JOHNSON, Sonia. *Schizophrenia and employment - A review*. In : Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology. Volume 39, Number 5. 2004. p. 337-349

OLLAT, H. *Schizophrénie, cannabis, système endocannabinoïde*. In : Neuropsychiatrie : Tendances et Débats 2009 ; Num. 36. p. 29-34

Soins psychiatrie : *Les représentations sociales de la folie*, n°229, Novembre-Décembre 2003, p.15 à 36

VAN OS, J., BAK, M., HANSEN, M. [et al.]. *Cannabis use and psychosis : a longitudinal population-based study*. Am J Epidemiol 2002 ; 156. p. 319-327.

VAN OS, J., SELTON, J. *Prenatal exposure to maternal stress and subsequent schizophrenia*. British Journal of Psychiatry, 172(1). 1998. p. 324-326.

8.3 Cyberographie

BEAUCHAMP, Jean-François. La représentation sociale de la maladie mentale chez les soignants et les familles d'accueil thérapeutique. Sous la direction de MASLET Georges. IFCS Henry Dunant, 2006-2007. 82 p.
Adresse URL : <http://www.famidac.fr/IMG/pdf/MemoireAFT.pdf>
(Consultée le 2 mai 2010)

BONVIN, Eric, DELLI-NOCI, Carlo, MASSE, Raymond. *Rapport intermédiaire n°2 - 31.09.2008* (Section H / Partie 1). In : *Santé mentale et soins de la souffrance psychique en Valais, Concept 2007-2012*. Instituts Psychiatriques du Valais Romand (IPVR), Monthey, 2008. 16 p.
Adresse URL : http://www.sifor.org/cms/_editable/files/pdf/H1c%20rapport%20interm%202008.pdf
(Consultée le 5 avril 2010)

Conférence de haut-niveau de l'UE, "Ensemble pour la santé mentale et le bien-être". *Pacte européen pour la santé mentale et le bien-être*. Bruxelles, 12-13 juin 2008
Adresse URL : http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/mental/docs/pact_fr.pdf
(Consultée le 10 juin 2010)

Communiqué de presse du 08.03.2010 de l'association Journées de la Schizophrénie

Adresse URL : http://www.info-schizophrenie.ch/wp-content/uploads/communiqu%C3%A9_presse_schizo_8mars2011.pdf
(Consultée le 29 juin 2011)

Conférence suisse des directrices et directeurs cantonaux de la santé (CDS). *Guide "Planification de la psychiatrie", Rapport du groupe de travail "Planification hospitalière"*. Bern, le 27 novembre 2006.

Adresse URL : <http://www.gdk-cds.ch/fileadmin/pdf/Themen/Gesundheitsversorgung/Versorgungsplanung/Psychiatrieplanung/GDK-Psychiatrieplanung8-f.pdf>
(Consultée le 10 juin 2010)

DELEU, Guy. *Les grands principes de la Réhabilitation psychosociales*. Belgique, le 1^{er} janvier 2004. 3 p.

Adresse URL : <http://www.espace-socrate.com/SocProAccueil/Rehabilitation.aspx?page=1>
(Consultée le 19 juin 2011)

Dicopsy.com, *Dictionnaire de psychologie*

Adresse URL : http://www.dicopsy.com/dictionnaire.php/_psychologie-enfant/representation (Consultée le 12 décembre 2010)

GAUDEL, Aurélie. « *Quand un regard devient fertile* » ou les représentations dans la relation soignant-soigné. Sous la direction de SALAGNAC Fabienne. Vesoul, Institut de formation en Soins Infirmiers, 2003-2006. 40 p.

Adresse URL : <http://www.infirmiers.com/pdf/quand-un-regard-devient-fertile.pdf>
(Consultée le 15 mai 2010)

ICD-10 - CIM-10 for Switzerland. *Classification statistique internationale des Maladies et des Problèmes de Santé connexes CIM-10*.

Adresse URL : <http://www.icd10.ch/index.asp>
(Consultée le 10 mai 2010)

Loi fédérale du 18 mars 1994 sur l'Assurance Maladie (LAMal)

Adresse URL : <http://www.admin.ch/ch/f/rs/8/832.10.fr.pdf>
(Consultée le 10 juin 2010)

Loi sur la santé du 14 février 2008 du Canton du Valais

Adresse URL : http://www.vs.ch/public/public_lois/fr/LoisHtml/frame.asp?link=800.1.htm
(Consultée le 10 juin 2010)

LLORCA, Pierre-Michel. *La schizophrénie*. Centre médico-psychologique, CHU de Clermont Ferrand, 2004. 10 p.

Adresse URL : <http://www.orpha.net/data/patho/FR/fr-schizo.pdf>
(Consultée le 15 novembre 2010)

LOUYS, Jacques, ROBINET, Bernard. *Législation PSY, Lois, règlements, rapports et discours officiels concernant le psychisme*.

Adresse URL : <http://www.legislation-psy.com/>
(Consultée le 17 mai 2010)

MARTIN SANCHEZ, Marie-Odile. Concept de représentation sociale. In : *L'influence de la formation sur les représentations de la vieillesse : recherche auprès d'un groupe d'aides à domicile, De l'assistance à la reconnaissance de la personne vieillissante*. Université Paris : Val de Marne, Faculté des Sciences de l'Education et Sciences Sociales, 2002.

Adresse URL : http://www.serpsy.org/formation_debat/mariodile_5.html

(Consultée le 29 avril 2010)

OMS (Site de l'). « *Mental health : Schizophrenia* »

Adresse URL :

http://www.who.int/mental_health/management/schizophrenia/en/index.html

(Consultée le 15 novembre 2010)

Profamille (Dépliant)

Adresse URL :

<http://www.synapsespoir.ch/documents/profamille%20brochure%20word%202010.pdf>

(Consultée le 29.06.2011)

SynapsEspoir (Association)

Adresse URL : www.synapsespoir.ch

(Consultée le 29 juin 2011)

Annexe A : Lexique¹

Acathisie : Agitation, besoin irréprouvable de bouger. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Agranulocytose : Taux leucocytaire (globules blancs) extrêmement bas ; se manifeste par des maux de gorge, de la fièvre et une sensation de malaise. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Akinésie : Faiblesse musculaire ou perte (partielle ou totale) des mouvements musculaires. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Alogie : Perte de la capacité de raisonner logiquement ou perte de la capacité de parler.

Ambivalence : Apparition simultanée de deux sentiments opposés à propos de la même représentation mentale (Bleuler, 1911).

Aménorrhée : Absence de menstruations ou arrêt des menstruations chez une personne qui avait ses règles ; effet secondaire potentiel de certains antipsychotiques et symptôme de l'anorexie mentale.

Anhédonie : Incapacité d'éprouver ou même d'imaginer pouvoir éprouver du plaisir ou une émotion agréable.

Chorée de Huntington : Affection rare, héréditaire, se manifestant par l'association de troubles mentaux (altération du caractère : impulsivité, agressivité ou dépression ; déficit intellectuel), des mouvements choréiques lents, débutant à la face et prédominant aux mains, de rigidité, d'akinésie (absence de mouvements) et parfois d'épilepsie. Son évolution se fait en 20 ou 30 ans vers la mort dans la cachexie et la démence.

Délire : Désordre des facultés intellectuelles caractérisé par une suite d'idées erronées, choquant l'évidence, inaccessible à la critique. Le délire s'accompagne parfois de troubles de la conscience. Il peut être polymorphe (plusieurs formes) ou au contraire systématisé (délire cohérent). On le classe également selon son thème : persécution, grandeur, mélancolie, passion, mysticisme.

Démence précoce : Etat mental de jeunes sujets dont les facultés intellectuelles subissent un temps d'arrêt et s'effondrent ensuite plus ou moins rapidement dans l'idiotisme le plus irrémédiable (Morel, 1853 ; Kraepelin, 1893).

Dépersonnalisation : Modification de la perception ou de la conscience de soi qui se manifeste par un détachement provisoire à l'égard de sa propre réalité, par un sentiment d'étrangeté ou d'extériorité par rapport à soi.

Dépression : Etat mental qui se caractérise par de la tristesse, du désespoir et un pessimisme général ; peut s'accompagner de symptômes somatiques ou de symptômes psychotiques.

Déréalisation : Modification de la perception ou de la conscience du monde extérieur, lequel paraît étrange ou irréel.

Digression : Développement étranger au sujet général d'un discours, d'un compte rendu, d'une conversation.

¹ Les différentes définitions sont extraites des ouvrages suivants :
DUBOIS, Jean. *Lexis, Larousse de la langue française*. Paris : Larousse, 2002. 2109 p.
GARNIER, DELAMARE. *Dictionnaire illustré des termes de médecine*. 29^e édition
Paris : Maloine, 2006. 1048 p.
TOWNSEND, Mary C. *Soins Infirmiers psychiatrie et santé mentale*. Québec : Editions du
Renouveau Pédagogique, Inc, ERPI, 2004. 692 p.

Discursif, ive : Qui repose sur le raisonnement : La pensée discursive s'oppose à la pensée intuitive.

Dyskinésie tardive : Syndrome qui se caractérise par des mouvements bizarres du visage et de la langue, par la raideur du cou et la difficulté à avaler. Effet secondaire des neuroleptiques, à moyen ou long terme.

Dystonie : Mouvements involontaires des muscles du visage, du cou et des membres (spasmes). Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Emoussement affectif : Atténuation, affaiblissement des sentiments et des émotions.

Hallucinations : Fausses perceptions sensorielles, sans stimuli externes.

Hippocampe : Saillie de la 5^e circonvolution temporale dans la corne temporale du ventricule cérébral latéral, siège du système limbique qui joue un rôle important dans le fonctionnement des différents viscères, dans la régulation du métabolisme et de la vie émotionnelle.

Hypomanie : Forme légère de manie, qui se caractérise par une hyperactivité excessive, mais n'est pas suffisamment grave pour entraîner un changement marqué dans le fonctionnement social ou professionnel, ne pour exiger une hospitalisation.

Hypotension orthostatique : Diminution notable de la pression artérielle dans la position verticale pouvant s'accompagner de vertige. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Incidence : Terme remplaçant celui de « fréquence des cas nouveaux ». Nombre de cas de maladies qui ont commencé ou de personnes qui sont tombés malades pendant une période donnée, dans une population.

Libido : Terme utilisé par Freud pour désigner l'énergie psychique indispensable à la satisfaction des besoins physiologiques et des pulsions instinctives (la faim, la soif, la sexualité, etc.).

Lupus érythémateux disséminé : Affection auto-immune caractérisée par une éruption de placards érythémateux violacés, finement squameux, siégeant au visage et aux mains, par des arthralgies, une fièvre, une asthénie et un amaigrissement. Des localisations viscérales multiples, surtout rénales, cardiaques, nerveuses, pleuropulmonaires montrent bien qu'il s'agit d'une maladie générale. Son évolution et spontanément fatale en quelques mois ou quelques années.

Maladie de Wilson : Maladie familiale observée chez les enfants et les jeunes gens, débutant parfois par un léger ictère et caractérisée par une rigidité spasmodique avec tremblements, qui rappelle la maladie de Parkinson, l'existence d'un anneau bronzé (cercle de KAYSER-FLEISCHER) sur le limbe sclérocornéen (partie de la cornée) et des troubles psychiques marqués (affaiblissement intellectuel, euphorie) sans démence.

Manie : Forme grave de trouble bipolaire où prédomine l'exaltation euphorique, l'expansivité ou l'irritabilité ; s'accompagne d'une activité psychomotrice frénétique et, dans certains cas, de caractéristiques psychotiques.

Mélancolie : Etat dépressif persistant, marqué par l'exacerbation des symptômes l'absence quasi-totale de plaisir et d'intérêt.

Moi : Une des trois composante de la personnalité décrites par Freud ; correspond au « principe de réalité », qui tente de préserver l'harmonie entre le monde extérieur, le ça et le surmoi ; aussi appelé « ego ».

Myxœdème : Affection caractérisée cliniquement par l'infiltration muqueuse des téguments, par un ralentissement de toutes les fonctions aboutissant à une diminution considérable du métabolisme basal, à la frigidité et à des troubles intellectuels plus ou moins marqués. Elle est due à la suppression de la fonction thyroïdienne.

Négativisme : Résistance obstinée aux suggestions et aux conseils et adoption de comportements contraires à ceux qu'on attend.

PLAFA : Abréviation pour Privation de Liberté A des Fins d'Assistance.

Prévalence : Terme remplaçant celui de « fréquence globale ». Nombre de cas de maladies ou de malades, ou de tout autre événement tel qu'un accident, dans une population donnée, sans distinction entre les cas nouveaux et les cas anciens.

Prodrome : Signe avant-coureur de la maladie. Etat de malaise qui précèdent souvent une maladie.

Pseudoparkinsonisme : Syndrome qui se caractérise par des tremblements, une démarche traînante, une sialorrhée, de la rigidité et des mouvements d'émiettement. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Psychose : Trouble mental grave qui se caractérise par des idées délirantes ou des hallucinations ainsi que par la dégradation des modes de fonctionnement interpersonnel et des rapports avec le monde extérieur.

Pyramidale : Voie motrice volontaire principale, constitué d'un ensemble de fibres destinées au tronc et aux membres.

Réactions extrapyramidales (REP) : Troubles moteurs divers (tremblements, chorée, dystonie, akinésie, acathisie, etc.). Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Schizophasie : Verbiage incohérent dans lequel les mêmes mots ou les mêmes séries de mots sont répétés indéfiniment.

Sialorrhée : Sécrétion salivaire exagérée. Peut être un effet secondaire des neuroleptiques.

Soliloque : Entretien d'une personne avec elle-même, monologue.

Stupeur catatonique : Perturbation psychomotrice caractérisée par l'immobilité, le mutisme, un faciès figé, une absence de réaction aux sollicitations extérieures et un refus de nourriture. Manifestation extrême de la schizophrénie catatonique.

Ubiquitaire : Rencontré partout (dans tous les pays), largement disséminé, omniprésent.

Annexe B : Questionnaire

Données sociodémographiques :

Sexe : F M

Age : _____

Question 1

« Que représente pour vous la schizophrénie ? »

Inscrivez-ci-dessous les 5 mots qui représentent pour vous la schizophrénie.

A partir du tableau ci-dessus, inscrivez, dans le tableau ci-dessous, les 2 mots qui représentent au mieux votre opinion, selon leurs ordres d'importances.
(Le mot 1. = le plus important pour vous / le mot 2 = le deuxième plus important pour vous)

1.
2.

Question 2

« Selon vous, comment se manifeste la schizophrénie »

Inscrivez-ci-dessous les 5 mots qui représentent pour vous les manifestations de la schizophrénie.

A partir du tableau ci-dessus, inscrivez, dans le tableau ci-dessous, les 2 mots qui représentent au mieux votre opinion, selon leurs ordres d'importances.
(Le mot 1. = le plus important pour vous / le mot 2 = le deuxième plus important pour vous)

1.
2.

Question 3

« Selon vous, pourquoi souffre-t-on de schizophrénie ? »

Inscrivez-ci-dessous les 5 mots qui représentent pour vous les causes de la schizophrénie.

A partir du tableau ci-dessus, inscrivez, dans le tableau ci-dessous, les 2 mots qui représentent au mieux votre opinion, selon leurs ordres d'importances.
(Le mot 1. = le plus important pour vous / le mot 2 = le deuxième plus important pour vous)

1.
2.

Question 4

« Selon vous, comment traite-t-on la schizophrénie ? »

Inscrivez-ci-dessous les 5 mots qui représentent pour vous le traitement de la schizophrénie.

A partir du tableau ci-dessus, inscrivez, dans le tableau ci-dessous, les 2 mots qui représentent au mieux votre opinion, selon leurs ordres d'importances.
(Le mot 1. = le plus important pour vous / le mot 2 = le deuxième plus important pour vous)

1.
2.

Question 5

« Comment vous représentez-vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie ? »

Inscrivez-ci-dessous les 5 mots qui représentent pour vous le quotidien d'une personne souffrant de schizophrénie.

A partir du tableau ci-dessus, inscrivez, dans le tableau ci-dessous, les 2 mots qui représentent au mieux votre opinion, selon leurs ordres d'importances.
(Le mot 1. = le plus important pour vous / le mot 2 = le deuxième plus important pour vous)

1.
2.

Question 6

Aimeriez-vous ajouter quelque chose ?

Annexe C : Lettre explicative

Informations destinées aux participants à notre travail bachelor de fin d'études

Madame, Mademoiselle, Monsieur,

Dans le cadre de notre travail bachelor de fin d'études, nous allons réaliser une étude portant sur le sujet suivant :

«Partout mais pas chez les fous !»

« Etude sur les représentations sociales des étudiants en soins infirmiers au sujet de la schizophrénie. ».

Nous cherchons donc des personnes directement concernées par ce sujet et vous seriez pour nous une source précieuse de renseignements.

Cette lettre a pour but de vous informer du déroulement de notre travail et d'obtenir votre aide.

Vous êtes bien entendu entièrement libre d'accepter ou de refuser. Si vous refusez, cela n'aura aucune conséquence négative pour vous. Par ailleurs, même si vous acceptez dans un premier temps, vous pourrez à tout moment changer d'avis et interrompre votre participation sans avoir à vous justifier.

Afin d'obtenir les informations nécessaires à la réussite de notre travail, nous avons besoin de soumettre notre questionnaire à un minimum de 15 étudiants bachelors en soins infirmiers. Cette enquête se déroulera en deux temps. Dans un premier temps, les participants répondront à ce questionnaire le 4 avril 2011, premier jour du module 1007 La Schizophrénie : soins. Enfin les mêmes participants rempliront à nouveau au même questionnaire le dernier jour du module cité précédemment, à savoir le vendredi 22 avril 2011.

Dès que notre travail sera validé, tous les questionnaires seront détruits.

Le premier jour du module, nous nous présenterons à vous afin de vous présenter les critères d'inclusion à notre enquête et vous donnerons toutes les informations complémentaires que vous souhaitez et répondrons à toutes vos questions. Vous serez ainsi en mesure de dire si vous voulez ou non participer à notre enquête.

Si vous acceptez de participer, vous signerez un formulaire qui confirme votre accord (consentement éclairé). Vous serez en tout temps libre de refuser de répondre à certaines questions si elles vous dérangent.

Les données recueillies dans le cadre de cette étude seront anonymes et analysées de manière strictement confidentielle. Elles seront revues par notre directrice de mémoire et nous-mêmes, et ne sortiront pas de ce contexte.

Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de notre travail sera couvert en conformité aux dispositions légales en vigueur.

Nous ne pouvons malheureusement pas vous offrir de compensation en échange de votre participation. Cependant, elle nous serait précieuse pour l'avancée de notre étude, qui a pour unique but la validation de travail de fin d'études.

Nous vous remercions pour l'attention portée à cette information.

Sion, le 21 mars 2011

Vincent Franzen et Youna Kamerzin

Annexe D : Consentement éclairé

TRAVAIL BACHELOR

«Partout mais pas chez les fous !»

« Etude sur les représentations sociales des étudiants en soins infirmiers au sujet de la schizophrénie. »

Menés par :

Youna Kamerzin, Etudiante en soins infirmiers à la HES-SO/Valais Wallis
et

Vincent Franzen, Etudiant en soins infirmiers à la HES-SO/Valais Wallis

Formulaire de consentement éclairé pour les étudiants en soins infirmiers de 1^{ère} année bachelor de la HES-SO/Valais Wallis participant à notre enquête pour le mémoire de fin d'études.

Le soussigné¹ :

- Certifie être informé sur le déroulement et les objectifs de notre travail bachelor de fin d'études (Lettre en annexe).
- Affirme avoir lu attentivement et compris les informations écrites et fournies en annexe, informations à propos desquelles il a pu poser toutes les questions qu'il souhaite.
- Atteste qu'un temps de réflexion suffisant lui a été accordé.
- Certifie avoir été informé qu'il n'a aucun avantage personnel à attendre de sa participation à ce questionnaire.
- Est informé du fait qu'il peut interrompre à tout instant sa participation à notre travail de Bachelor sans aucune conséquence négative pour lui-même.
- Est informé que les questionnaires seront détruits dès que notre travail sera validé, à savoir au plus tard fin 2012.
- Consent à ce que les données recueillies pendant l'enquête soient transmises à des revues professionnelles, l'anonymat de ces données étant garanti.
- Tout préjudice qui pourrait vous être causé dans le cadre de notre enquête sera couvert en conformité aux dispositions légales en vigueur.

Le soussigné accepte donc de participer, par un questionnaire, au travail de Bachelor cité en titre :

Date :

Signature :

Pour tous renseignements

Nom, Prénom	Fonction	Téléphone	Email
Kamerzin, Youna	Etudiante en soins infirmiers		youna.kamerzin@students.hevs.ch
Franzen, Vincent	Etudiant en soins infirmiers		vincent.franzen@students.hevs.ch
Berra, Elvire	Directrice du Travail Bachelor		Elvire.Berra@hevs.ch

¹ Ndla: Dans un souci de simplification de rédaction, les termes utilisés au masculin dans le texte sont aussi entendus au féminin.

Annexe E : Fiche module



Descriptif de module

Domaine : Santé

Filière : Soins infirmiers

1 Intitulé du module La schizophrénie : soins 2010-2011

Code
S.SI.369.1007.F.10

Type de formation *

☒ Bachelor
 ☐ Master
 ☐ MAS
 ☐ EMBA
 ☐ DAS
 ☐ CAS
 ☐ Autres

Niveau

☒ module de base
☐ module d'approfondissement
☐ module avancé
☐ module spécialisé

Caractéristique

☒ Module dont l'échec peut entraîner l'exclusion définitive de la filière selon l'art. 15, al. 1 des directives cadres "statut des étudiants-e-s"

Type de module

☒ module principal
☐ module lié au module principal
☐ module facultatif ou complémentaire

Organisation temporelle

☒ semestre de printemps
☐ semestre d'automne
☐ module sur 2 semestres automne et printemps

2 Organisation

Crédits ECTS *

5

Langue

☐ allemand
☐ anglais
☐ espagnol
☐ français - allemand
☐ italien
☐ Autres

☐ allemand - anglais
☐ bilingue
☒ français
☐ français - anglais
☐ mandarin

3 Prérequis

☐ avoir validé le(s) module(s)
☐ avoir suivi le(s) module(s)
☒ Pas de prérequis
☐ Autre

Autres prérequis

4 Compétences visées / Objectifs généraux d'apprentissage *

1. Concevoir une offre en soins en partenariat avec la clientèle, inscrite dans une démarche de soins
2. Réaliser l'offre en soins dans la perspective de projets de soins interdisciplinaires
3. Promouvoir la santé et accompagner la clientèle dans son processus de gestion de la santé
4. Evaluer ses prestations professionnelles
5. Contribuer à la recherche en soins et en santé
6. Contribuer à l'encadrement et à la formation des professionnels de la santé
7. Coopérer et coordonner son activité avec les acteurs du système socio-sanitaire
8. Participer aux démarches qualité
9. Exercer sa profession de manière responsable et autonome

Description du catalogue:

Décrire les indicateurs de la santé mentale
 Définir la schizophrénie et les autres troubles psychotiques
 Reconnaître les signes et les symptômes de la schizophrénie et des autres troubles psychotiques
 Décrire les interventions spécifiques infirmières
 Distinguer les particularités de la relation d'aide
 Reconnaître les modalités des divers traitements médicamenteux et non médicamenteux
 Reconnaître les courants actuels en matière de prévention et de dépistage précoce
 Connaître les concepts actuels en matière de réhabilitation
 Distinguer l'anxiété normale et pathologique

Descriptif de module

Domaine : Santé
Filière : Soins infirmiers

1	Intitulé du module	La schizophrénie : soins	2010-2011
---	--------------------	--------------------------	-----------

5 Contenu et formes d'enseignement *

- Représentation sur la maladie mentale, les valeurs 6 périodes en présentiel
- Sémiologie psychiatrique 6 périodes en présentiel
- Normalité, continuum Santé-Maladie 3 périodes en présentiel
- Ethique : contention 3 périodes en présentiel
- Prévention : biologique, psychologique et social 6 périodes en présentiel
- Classification (ICD/CIM-10, OMS, DMS IV, Française) 6 périodes en présentiel
- Épidémiologie, les schizophrénies et autres troubles psychotiques. Etiologie : biologique, psychologique et environnementale 3 périodes en présentiel
- Modèles et théories utilisées en psychiatrie et Concept de chronicité 3 périodes en présentiel
- Traitements : médicaments et correcteurs, autres thérapies biologiques, recherche 6 périodes en présentiel
- Communication spécifique 6 périodes en présentiel
- Traitements non-médicamenteux, psychothérapie, ergothérapie, sociothérapie, art thérapie, thérapies parallèles, interdisciplinarité 3 périodes en présentiel
- Interventions infirmières spécifiques, psycho-éducation 6 périodes en présentiel
- Violence dans les psychoses, gestion de la violence 6 périodes en présentiel
- Réhabilitation 6 périodes en présentiel
- Droit des clients en santé mentale, PLAFA, Directives anticipées 6 périodes en présentiel
- Structure du système des soins, les différents acteurs de la prise en charge 3 périodes en présentiel
- Troubles anxieux 6 périodes en présentiel
- Férié 6 périodes

Total : 90 périodes
Validation : 6 périodes
Total Théorique en présentiel : 96 périodes
Total Travail personnel encadré 32 périodes
Total Travail personnel individuel 72 périodes
Total des 5 crédits ECTS : 200 périodes

Modalités pédagogiques :

- Cours ex-cathedra
- Analyses de situation
- Travaux de groupe
- Jeux de rôle

6 Modalités d'évaluation et de validation *

Les conditions de validation sont présentées aux étudiants au plus tard le jour de la présentation du module.
Le module est validé si l'étudiant-e obtient au moins la qualification E à l'évaluation.
La non présentation à une validation, sans certificat médical, est considéré comme un échec.

Présence obligatoire à tous les cours du module.
Examen écrit en semaine 27, le vendredi 8 juillet 2011.

En cas de répétition du module, la dernière version du descriptif fait foi.

Validation de la répétition : La répétition est validée si le module obtient au moins la qualification E. La remédiation n'est pas possible.

7 Modalités de remédiation *

- ☐ remédiation possible : évaluation E ou F
☒ remédiation possible
☐ pas de remédiation
☐ Autres modalités (préciser ci-dessous)

Autres modalités de remédiation

Modalités : identiques aux modalités de validation, mais sous forme d'examen oral.
Date : Lundi de la semaine 36 : le 5 septembre 2011.
La qualification obtenue après remédiation est D ou E (module validé) ou F (échec)

7a Modalités de remédiation (en cas de répétition) *

- ☐ remédiation possible : évaluation E ou F
☒ remédiation possible
☐ pas de remédiation
☐ Autres modalités (préciser ci-dessous)

8 Remarques

Situation emblématique : Soins aux personnes souffrant de schizophrénie

Pierre, 26 ans, est hospitalisé dans une UPA (unité de psychiatrie adulte) de l'hôpital psychiatrique depuis trois semaines. Il s'agit de sa cinquième hospitalisation depuis le début de ses troubles (diagnostic de schizophrénie paranoïde à l'âge de 19 ans lors de sa troisième année de collège).

L'état de Pierre s'est nettement amélioré depuis son admission, il bénéficie d'un traitement médicamenteux (un neuroleptique atypique et un anxiolytique), fait de l'ergothérapie, du sport en individuel et voit la diététicienne de l'hôpital pour un programme alimentaire en raison d'un surpoids important (IMC à 38). Mis à part ce surpoids, Pierre est en bonne santé physique. Il n'a pas fini sa maturité et n'a pas de profession. Il vit chez ses parents, il dort la journée et sort la nuit, dit-il "parce que les ondes ne m'atteignent pas quand il fait noir". Il fréquente des bars ouverts tard la nuit et a quelques connaissances mais pas d'amis.

Ses parents, Michel (48 ans, instituteur) et Monique (46 ans, secrétaire de direction) se disent épuisés par les comportements de Pierre quand il est à la maison et s'inquiètent pour leur fille cadette, Marie, 19 ans, collégienne, qui est très honteuse des attitudes de son frère. Le projet de Pierre pour sa sortie de l'hôpital est le retour chez ses parents mais ceux-ci ne sont pas d'accord.

Descriptif de module

Domaine : Santé
Filière : Soins infirmiers

1	Intitulé du module	La schizophrénie : soins	2010-2011
---	--------------------	--------------------------	-----------

9 Bibliographie

ANTHONY, William, [et all].- La réhabilitation psychiatrique.- Charleroi : Socrate Editions - Promarex, 2004
 BARBIER, Dominique.- Clinique de la chronicité en psychiatrie.- Paris : Editions du Seuil, les empêcheurs de penser en rond, 1995
 BRUCHON-SCHWEITZER, Marlou.- Psychologie de la santé : Modèles, concepts et méthodes.- Paris : Ed. Dunod, 2002
 CALANCA, Aldo [et all].- Vade-mecum de thérapeutique psychiatrique.- Genève : Ed. Médecine et Hygiène, 2001
 FAVROD, Jérôme, SCHEDER, Dominique.- Faire face aux hallucinations auditives : De l'intrusion à l'autonomie.- Charleroi : Socrate Editions - Promarex, 2003
 TOWSEND, Mary C.- Soins infirmiers Psychiatrie et santé mentale.- Québec : Ed. ERPI, 200

10 Enseignants

Berra Elvire
 Chappuis Schimek Aline
 De Marsano-Ernoult Ghislaine
 Rey-Mermet Trottet Brigitte
 Salamat Aziz

Nom du responsable de module *
 Brigitte Rey-Mermet Trottet

Descriptif validé le *
 30 juin 2010

Descriptif validé par *
 Marie-Nicole Barmaz