



كلية الطب
والصيدلة - مراكش
FACULTÉ DE MÉDECINE
ET DE PHARMACIE - MARRAKECH

Année 2018

Thèse N° 190

Psychoéducation des familles des patients souffrants de schizophrénie

THÈSE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 11/07/2018

PAR

Mme. **Inssaf EL OUAFY**

Née le 21 Février 1991 à Casablanca

POUR L'OBTENTION DU DOCTORAT EN MÉDECINE

MOTS-CLES

Psychoéducation – schizophrénie – Profamille.

JURY

Mr. **S. AITBENALI**

Professeur de Neurochirurgie

PRESIDENT

Mme. **F. ASRI**

Professeur de Psychiatrie

RAPPORTEUR

Mme. **F. MANOUDI**

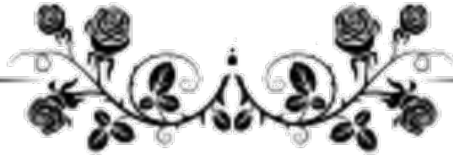
Professeur agrégé de Psychiatrie

Mme. **I. ADALI**

Professeur agrégé de Psychiatrie

JUGES

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ





Serment d'hippocrate

Au moment d'être admis à devenir membre de la profession médicale, je m'engage solennellement à consacrer ma vie au service de l'humanité.

Je traiterai mes maîtres avec le respect et la reconnaissance qui leur sont dus.

Je pratiquerai ma profession avec conscience et dignité. La santé de mes malades sera mon premier but.

Je ne trahirai pas les secrets qui me seront confiés.

Je maintiendrai par tous les moyens en mon pouvoir l'honneur et les nobles traditions de la profession médicale.

Les médecins seront mes frères.

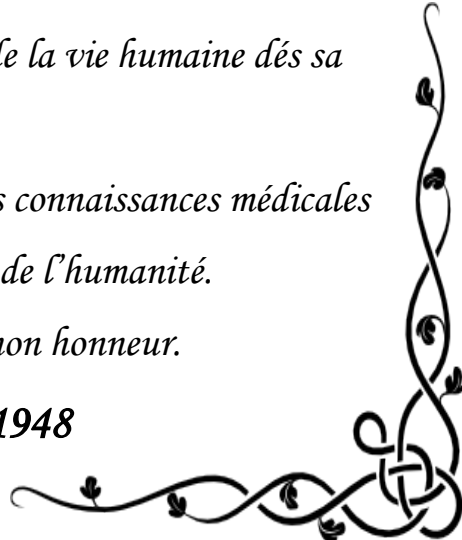
Aucune considération de religion, de nationalité, de race, aucune considération politique et sociale, ne s'interposera entre mon devoir et mon patient.

Je maintiendrai strictement le respect de la vie humaine dès sa conception.

Même sous la menace, je n'userai pas mes connaissances médicales d'une façon contraire aux lois de l'humanité.

Je m'y engage librement et sur mon honneur.

Déclaration Genève, 1948



LISTE DES PROFESSEURS

UNIVERSITE CADI AYYAD
FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE
MARRAKECH

Doyens Honoraires

: Pr. Badie Azzaman MEHADJI

: Pr. Abdelhaq ALAOUI YAZIDI

ADMINISTRATION

Doyen

: Pr. Mohammed BOUSKRAOUI

Vice doyen à la Recherche et la Coopération

: Pr. Mohamed AMINE

Vice doyen aux Affaires Pédagogiques

: Pr. Redouane EL FEZZAZI

Secrétaire Générale

: Mr. Azzeddine EL HOUDAIGUI

Professeurs de l'enseignement supérieur

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABOULFALAH Abderrahim	Gynécologie– obstétrique	FINECH Benasser	Chirurgie – générale
ADERDOUR Lahcen	Oto– rhino– laryngologie	FOURAJI Karima	Chirurgie pédiatrique B
ADMOU Brahim	Immunologie	GHANNANE Houssine	Neurochirurgie
AIT BENALI Said	Neurochirurgie	KHALLOUKI Mohammed	Anesthésie– réanimation
AIT–SAB Imane	Pédiatrie	KHATOURI Ali	Cardiologie
AKHDARI Nadia	Dermatologie	KISSANI Najib	Neurologie
AMAL Said	Dermatologie	KOULALI IDRISI Khalid	Traumato– orthopédie
AMINE Mohamed	Epidémiologie– clinique	KRATI Khadija	Gastro– entérologie
AMMAR Haddou	Oto–rhino– laryngologie	LAOUAD Inass	Néphrologie
ARSALANE Lamiae	Microbiologie – Virologie	LMEJJATI Mohamed	Neurochirurgie
ASMOUKI Hamid	Gynécologie– obstétrique B	LOUZI Abdelouahed	Chirurgie – générale
ASRI Fatima	Psychiatrie	MAHMAL Lahoucine	Hématologie – clinique
BENELKHAIAI BENOMAR Ridouan	Chirurgie – générale	MANOUDI Fatiha	Psychiatrie
BOUAITY Brahim	Oto–rhino– laryngologie	MANSOURI Nadia	Stomatologie et chiru maxillo faciale

BOUGHALEM Mohamed	Anesthésie – réanimation	MOUDOUNI Said Mohammed	Urologie
BOUKHIRA Abderrahman	Biochimie – chimie	MOUTAJ Redouane	Parasitologie
BOUMZEBRA Drissi	Chirurgie Cardio– Vasculaire	MOUTAOUAKIL Abdeljalil	Ophtalmologie
BOURROUS Monir	Pédiatrie A	NAJEB Youssef	Traumato– orthopédie
BOUSKRAOUI Mohammed	Pédiatrie A	NEJMI Hicham	Anesthésie– réanimation
CHAKOUR Mohamed	Hématologie	NIAMANE Radouane	Rhumatologie
CHELLAK Saliha	Biochimie– chimie	OULAD SAIAD Mohamed	Chirurgie pédiatrique
CHERIF IDRISSE EL GANOUNI Najat	Radiologie	RAJI Abdelaziz	Oto–rhino– laryngologie
CHOULLI Mohamed Khaled	Neuro pharmacologie	SAIDI Halim	Traumato– orthopédie
DAHAMI Zakaria	Urologie	SAMKAOUI Mohamed Abdenasser	Anesthésie– réanimation
EL ADIB Ahmed Rhassane	Anesthésie– réanimation	SARF Ismail	Urologie
EL FEZZAZI Redouane	Chirurgie pédiatrique	SBIHI Mohamed	Pédiatrie B
EL HATTAOUI Mustapha	Cardiologie	SOUMMANI Abderraouf	Gynécologie– obstétrique A/B
EL HOUDZI Jamila	Pédiatrie B	TASSI Noura	Maladies infectieuses
ELFIKRI Abdelghani	Radiologie	YOUNOUS Said	Anesthésie– réanimation
ESSAADOUNI Lamiaa	Médecine interne	ZOUHAIR Said	Microbiologie
ETTALBI Saloua	Chirurgie réparatrice et plastique		

Professeurs Agrégés

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABKARI Imad	Traumato– orthopédie B	FADILI Wafaa	Néphrologie
ABOU EL HASSAN Taoufik	Anesthésie– réanimation	FAKHIR Bouchra	Gynécologie– obstétrique A
ABOUCHADI Abdeljalil	Stomatologie et chir maxillo faciale	FAKHRI Anass	Histologie– embryologie cytogénétique
ABOUSSAIR Nisrine	Génétique	GHOUNDALE Omar	Urologie
ADALI Imane	Psychiatrie	HACHIMI Abdelhamid	Réanimation médicale
ADALI Nawal	Neurologie	HAJJI Ibtissam	Ophtalmologie

AGHOUTANE El Mouhtadi	Chirurgie pédiatrique A	HAOUACH Khalil	Hématologie biologique
AISSAOUI Younes	Anesthésie – réanimation	HAROU Karam	Gynécologie–obstétrique B
AIT AMEUR Mustapha	Hématologie Biologique	HOCAR Ouafa	Dermatologie
AIT BENKADDOUR Yassir	Gynécologie–obstétrique A	JALAL Hicham	Radiologie
ALAOUI Mustapha	Chirurgie–vasculaire périphérique	KAMILI El Ouafi El Aouni	Chirurgie pédiatrique B
ALJ Soumaya	Radiologie	KHOUCHANI Mouna	Radiothérapie
AMRO Lamyae	Pneumo–phtisiologie	KRIET Mohamed	Ophtalmologie
ANIBA Khalid	Neurochirurgie	LAGHMARI Mehdi	Neurochirurgie
ATMANE El Mehdi	Radiologie	LAKMICHI Mohamed Amine	Urologie
BAIZRI Hicham	Endocrinologie et maladies métaboliques	LAKOUICHMI Mohammed	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale
BASRAOUI Dounia	Radiologie	LOUHAB Nisrine	Neurologie
BASSIR Ahlam	Gynécologie–obstétrique A	MADHAR Si Mohamed	Traumato– orthopédie A
BELBARAKA Rhizlane	Oncologie médicale	MAOULAININE Fadl mrabih rabou	Pédiatrie (Neonatalogie)
BELKHOUE Ahlam	Rhumatologie	MATRANE Aboubakr	Médecine nucléaire
BEN DRISS Laila	Cardiologie	MEJDANE Abdelhadi	Chirurgie Générale
BENCHAMKHA Yassine	Chirurgie réparatrice et plastique	MOUAFFAK Youssef	Anesthésie – réanimation
BENHIMA Mohamed Amine	Traumatologie – orthopédie B	MOUFID Kamal	Urologie
BENJELLOUN HARZIMI Amine	Pneumo–phtisiologie	MSOUGGAR Yassine	Chirurgie thoracique
BENJILALI Laila	Médecine interne	NARJISS Youssef	Chirurgie générale
BENLAI Abdeslam	Psychiatrie	NOURI Hassan	Oto rhino laryngologie
BENZAROUEL Dounia	Cardiologie	OUALI IDRISSE Mariem	Radiologie
BOUCHENTOUF Rachid	Pneumo–phtisiologie	OUBAHA Sofia	Physiologie
BOUKHANNI Lahcen	Gynécologie–obstétrique B	QACIF Hassan	Médecine interne
BOURRAHOUAT Aicha	Pédiatrie B	QAMOUISS Youssef	Anesthésie–réanimation
BSISS Mohamed Aziz	Biophysique	RABBANI Khalid	Chirurgie générale

CHAFIK Rachid	Traumato-orthopédie A	RADA Noureddine	Pédiatrie A
DAROUASSI Youssef	Oto-Rhino – Laryngologie	RAFIK Redda	Neurologie
DRAISS Ghizlane	Pédiatrie	RAIS Hanane	Anatomie pathologique
EL AMRANI Moulay Driss	Anatomie	RBAIBI Aziz	Cardiologie
EL ANSARI Nawal	Endocrinologie et maladies métaboliques	ROCHDI Youssef	Oto-rhino-laryngologie
EL BARNI Rachid	Chirurgie-générale	SAJIAI Hafsa	Pneumo- phtisiologie
EL BOUCHTI Imane	Rhumatologie	SAMLANI Zouhour	Gastro- entérologie
EL BOUIHI Mohamed	Stomatologie et chir maxillo faciale	SEDDIKI Rachid	Anesthésie – Réanimation
EL HAOUATI Rachid	Chiru Cardio vasculaire	SORAA Nabila	Microbiologie – virologie
EL HAOURY Hanane	Traumato-orthopédie A	TAZI Mohamed Illias	Hématologie- clinique
EL IDRISI SLITINE Nadia	Pédiatrie	ZAHLANE Kawtar	Microbiologie – virologie
EL KARIMI Saloua	Cardiologie	ZAHLANE Mouna	Médecine interne
EL KHADER Ahmed	Chirurgie générale	ZAOUI Sanaa	Pharmacologie
EL KHAYARI Mina	Réanimation médicale	ZEMRAOUI Nadir	Néphrologie
EL MGHARI TABIB Ghizlane	Endocrinologie et maladies métaboliques	ZIADI Amra	Anesthésie – réanimation
EL OMRANI Abdelhamid	Radiothérapie	ZYANI Mohammed	Médecine interne

Professeurs Assistants

Nom et Prénom	Spécialité	Nom et Prénom	Spécialité
ABDELFETTAH Youness	Rééducation et Réhabilitation Fonctionnelle	Hammoune Nabil	Radiologie
ABDOU Abdessamad	Chiru Cardio vasculaire	HAZMIRI Fatima Ezzahra	Histologie – Embryologie – Cytogénétique
ABIR Badreddine	Stomatologie et Chirurgie maxillo faciale	IHBIBANE fatima	Maladies Infectieuses

ADARMOUCH Latifa	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)	JALLAL Hamid	Cardiologie
AIT BATAHAR Salma	Pneumo- phtisiologie	JANAH Hicham	Pneumo- phtisiologie
AKKA Rachid	Gastro – entérologie	KADDOURI Said	Médecine interne
ALAOUI Hassan	Anesthésie – Réanimation	LAFFINTI Mahmoud Amine	Psychiatrie
AMINE Abdellah	Cardiologie	LAHKIM Mohammed	Chirurgie générale
ARABI Hafid	Médecine physique et réadaptation fonctionnelle	LALYA Issam	Radiothérapie
ARSALANE Adil	Chirurgie Thoracique	LOQMAN Souad	Microbiologie et toxicologie environnementale
ASSERRAJI Mohammed	Néphrologie	MAHFOUD Tarik	Oncologie médicale
BAALLAL Hassan	Neurochirurgie	MARGAD Omar	Traumatologie – orthopédie
BABA Hicham	Chirurgie générale	MILOUDI Mohcine	Microbiologie – Virologie
BELARBI Marouane	Néphrologie	MLIHA TOUATI Mohammed	Oto-Rhino – Laryngologie
BELBACHIR Anass	Anatomie– pathologique	MOUHSINE Abdelilah	Radiologie
BELFQUIH Hatim	Neurochirurgie	MOUNACH Aziza	Rhumatologie
BELHADJ Ayoub	Anesthésie – Réanimation	MOUZARI Yassine	Ophtalmologie
BENNAOUI Fatiha	Pédiatrie (Neonatalogie)	NADER Youssef	Traumatologie – orthopédie
BOUCHAMA Rachid	Chirurgie générale	NADOUR Karim	Oto-Rhino – Laryngologie
BOUCHENTOUF Sidi Mohammed	Chirurgie générale	NAOUI Hafida	Parasitologie Mycologie
BOUKHRIS Jalal	Traumatologie – orthopédie	NASSIM SABAH Taoufik	Chirurgie Réparatrice et Plastique
BOUZERDA Abdelmajid	Cardiologie	NYA Fouad	Chirurgie Cardio – Vasculaire
CHETOUI Abdelkhalek	Cardiologie	OUEIAGLI NABIH Fadoua	Psychiatrie
CHRAA Mohamed	Physiologie	REBAHI Houssam	Anesthésie – Réanimation

EL HARRECH Youness	Urologie	RHARRASSI Isam	Anatomie– patologique
EL KAMOUNI Youssef	Microbiologie Virologie	SALAMA Tarik	Chirurgie pédiatrique
EL MEZOUARI El Moustafa	Parasitologie Mycologie	SAOUAB Rachida	Radiologie
ELBAZ Meriem	Pédiatrie	SEBBANI Majda	Médecine Communautaire (médecine préventive, santé publique et hygiène)
ELQATNI Mohamed	Médecine interne	SERGHINI Issam	Anesthésie – Réanimation
ESSADI Ismail	Oncologie Médicale	TAMZAOURTE Mouna	Gastro – entérologie
FDIL Naima	Chimie de Coordination Bio– organique	TOURABI Khalid	Chirurgie réparatrice et plastique
FENNANE Hicham	Chirurgie Thoracique	YASSIR Zakaria	Pneumo– phtisiologie
GHAZI Mirieme	Rhumatologie	ZARROUKI Youssef	Anesthésie – Réanimation
GHOZLANI Imad	Rhumatologie	ZIDANE Moulay Abdelfettah	Chirurgie Thoracique
HAMMI Salah Eddine	Médecine interne	ZOUIZRA Zahira	Chirurgie Cardio– Vasculaire

LISTE ARRÊTÉE LE 12/02/2018



DEDICACES



Toutes les lettres ne sauraient trouver les mots qu'il faut....

Tous les mots ne sauraient exprimer la gratitude,

L'amour, le respect, la reconnaissance.

Aussi, c'est tout simplement que :

Je dédie cette thèse à ...



A LA MEMOIRE DE MON GRAND PERE PATERNEL

*Je me rappelle de nos discussions toujours aussi drôles et éducatives. Je
serai à jamais « ANSSAF » pour lui.*

J'aurais tant aimé qu'il soit présent à ma thèse.

Que Dieu ait son âme dans sa sainte miséricorde.

***A MES GRANDS MERES « MINA », « LEKBIRA » ET MON GRAND
PERE « HAJ BOUAAZA »***

*tous m'ont accompagné par leurs prières, leurs douceurs et leurs
encouragements. Que Dieu puisse leur prêter une longue vie, une bonne
santé et plein de bonheur.*

*Que ce modeste travail, soit l'expression des meilleurs vœux et les bons
souhaits que vous n'avez jamais cessé de formuler dans vos prières envers
moi. Mille fois merci.*

A MON TRÈS CHER PERE SALIM

*Celui qui m'a aidé à découvrir le « savoir » ce trésor inépuisable. Ce lui qui
a sacrifié tout son temps pour le bonheur de sa famille. De tous les pères,
tu es le meilleur. Tu as su m'entourer d'attention, de tendresse et tu m'as
inculqué les valeurs nobles de la vie, le respect et les bonnes manières. Tu
m'as appris le sens du travail, de l'honnêteté et de la responsabilité. Merci
d'avoir été toujours là pour moi, un grand soutien tout au long de mes
études. Le support éternel et inégal sans fin. Tu as été et tu seras toujours
un exemple à suivre pour tes qualités humaines, ta persévérance et ton
perfectionnisme. Les mots ne pourront jamais exprimer la profondeur de
mon respect, ma considération, ma reconnaissance et mon amour éternel
pour toi. Que Dieu te préserve des malheurs de la vie afin que tu
demeures le flambeau illuminant mon chemin... Ce travail est ton œuvre,
toi qui m'a donné tant de choses et tu continues à le faire... sans jamais te
plaindre. J'aimerais pouvoir te rendre tout l'amour et la dévotion que tu
nous as offerts, mais une vie entière n'y suffirait pas. J'espère au moins
que ce mémoire y contribuera en partie...*

Ta Sophy chérie.....

A MA TRÈS CHÈRE MÈRE FATIMA

A la plus douce et la plus merveilleuse de toutes les mamans.

Toi, maman qui étais toujours à mes côtés, qui m'a tout donné sans compter et sans se plaindre. Amour, tendresse, conseils, encouragements et temps....tu étais et tu es toujours à l'écoute sans se fatiguer et sans se lasser. Aucun hommage ne saurait transmettre à sa juste valeur ;

l'amour, le dévouement et le respect que je porte pour toi.

Sans toi, je ne suis rien, mais grâce à toi je deviens médecin. J'implore Dieu qu'il te procure santé et qu'il m'aide à te compenser et de te récompenser de belles manières. Une chose est sûre, j'ai encore besoin de ton amour, des conseils et de ta présence.

Je te dédie ce modeste travail qui grâce à toi a pu voir le jour. Cette thèse qui concrétise ton rêve le plus cher et qui n'est que le fruit de tes conseils et de tes encouragements.

Tu n'as pas cessé de me soutenir et de m'encourager, ton amour, ta générosité exemplaire et ta présence constante ont fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Tes prières ont été pour moi un grand soutien tout au long de mes études. J'espère que tu trouveras dans ce modeste travail un témoignage de ma gratitude, ma profonde affection et mon profond respect. Puisse Dieu tout puissant te protéger du mal, te procurer longue vie, santé et bonheur afin que je puisse te rendre un minimum de ce que je te dois. Je t'aime maman...

À MON CHÈRE ET ADORABLE FRÈRE

En souvenir d'une enfance dont nous avons partagé les meilleurs et les plus agréables moments.

Tu resteras pour toujours mon petit frère même si tu continues à me dépasser de quelques centimètres et de quelques bêtises.

Pour toute la complicité et l'entente qui nous unissent, ce travail est un témoignage de mon attachement et de mon amour. (Iddy)

À MA PETITE SŒUR WISSAL

Pour toute l'ambiance dont tu m'as entourée, pour toute la spontanéité et ton élan chaleureux, Je te dédie ce travail.

Puisse Dieu le tout puissant exhausser tous tes vœux.

A MON CHÈRE EPOUX, MON AME SŒUR

Je me dois de considérer ma réussite comme une œuvre commune, une œuvre de notre couple.

Que ce travail soit le témoignage de ma reconnaissance et de mon amour sincère et fidèle.

Merci Pour tout l'encouragement, le respect et l'amour que tu m'as offert, Je te dédis ce travail, qui n'aurait pas pu être achevé sans ton éternel soutien et optimisme (whistle).

*À MA GRANDE FAMILLE : ABOUELALAA ET EL OUAFY
MES CHÈRES ONCLES, TANTES, LEURS EPOUX ET EPOUSES
Veuillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus
profond et mon affection la plus sincère.*

*A MES BEAUX PARENTS MR ACHÉGRI AHMED ET MRS FATIMA
OUAKSSIM, MA BELLE SŒUR BASMA*

ET A MON BEAU FRÈRE YOUSSEF ET SON EPOUSE

*Vous êtes ma seconde famille, vous m'avez accueilli les bras ouverts.
Je vous dédie ce travail en témoignage de mon grand respect et mon
estime envers vous. Pour vos conseils et votre soutien moral.
J'implore dieu qu'il vous apporte bonheur et santé.*

A MES CHÈRES COUSINS ET COUSINES

*Surtout à Badr et Koutí, vous êtes plus que des cousins pour moi.
Je vous souhaite tout ce qui est de bien dans la vie ainsi qu'une réussite
sur le plan personnel et professionnel.*

A LA FAMILLE OUAKSIM ET ACHÉGRI

*Cette humble dédicace ne saurait exprimer mon grand respect et ma
profonde estime.*

*À MES AMIES DE TOUJOURS : Lamia El harrar , Mariam El khalifa ,
Ilham Eddaïf , Mouna El abassi, Farah El gharoudi, Leïla El omari,
Ihssane El jaadi, Malak El marrakchi, Kenza El hadri, Imane
Elabdi, Imane El hadgui*

Toujours faisons partie du groupe "EL" depuis la première année

Nous avons vécu ensemble des moments inoubliables

*Nous avons préparé nos examens ensemble nous avons attendu les
résultats ensemble*

Nous avons voyagé ensemble

*Que tous les polycopies et grands bouquins que nous avons feuilletés
pendant des heures, jusqu'à réveiller nos sciatalgies, puissent être le fruit
de connaissances médicales inédites et d'un grand savoir au profit de nos
malades.*

*Nos sourires et nos colères, nos motivations et nos déprimés, nos gaietés et
nos déceptions constitueront à jamais mes plus belles années
universitaires.*

Que notre fraternité reste éternelle.

Je vous aime...

A MA MEILLEURE AMIE ET CONFIDENTE IMANE

*Ma feuille de trèfle, difficile à trouver mais chanceuse de t'avoir
Tu as été là dans les moments de peine et de joie, toujours là quand j'avais
besoin de toi.*

*Je ne peux qu'être heureuse que tu fasses partie de ma vie et j'espère que
notre amitié sera éternelle. Xo xo*

A Lamy

En témoignage de l'amitié qui nous unit et des souvenirs de tous les moments que nous avons passés ensemble, je te dédie ce travail et je te souhaite une vie pleine de santé et de bonheur. (A la mémoire de Adil)

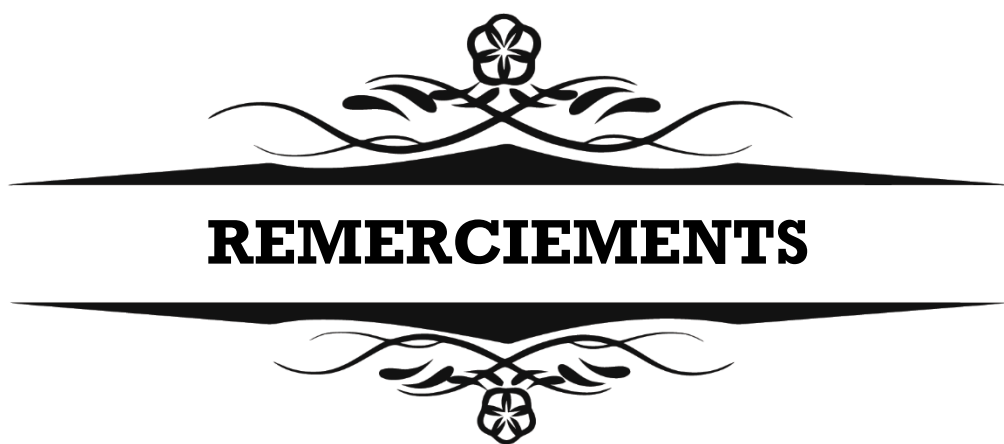
A MES AMIES : Riri Farah, Oumaima Talhaoui, Rihab Soussi

Je vous aime et j'aurai aimé que vous soyez toutes présentes ce jour là...

Veillez trouver dans ce travail l'expression de mon respect le plus profond et mon affection la plus sincère.

À L'ordinateur qui ne s'est pas planté malgré les tonnes de miettes éparpillé dessus et les centaines de pages ouvertes toutes à la fois. Ainsi que le faites d'être maniaque et de cliquer sur « enregistré » 3 fois de suite même si un seul click était bien suffisant.

À Mes doigts de fée qui m'ont aidé à écrire toutes cette thèse.



*A MON MAÎTRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE MONSIEUR LE
PROFESSEUR S. AIT BEN ALI PROFESSEUR et chef du Service de
Neurochirurgie Au CHU Mohamed VI de Marrakech*

Nous sommes très sensibles à l'honneur que vous nous avez fait en acceptant la présidence de notre jury de thèse. Vos qualités scientifiques, pédagogiques et surtout humaines seront pour nous un exemple à suivre dans l'exercice de notre profession. Nous vous remercions d'avoir guidé nos premiers pas dans le chemin de la Neurochirurgie. Et nous tenons à vous remercier pour le meilleur accueil que vous nous avez réservé. Veuillez croire à l'expression de notre grande admiration et notre profond respect.

*A MON MAÎTRE ET RAPPORTEUR DE THÈSE PROFESSEUR
FATIMA ASRI PROFESSEUR ET CHEF DE SERVICE DE PSYCHIATRIE
A L'HOPITAL UNIVERSITAIRE IBN NAFIS*

Je vous remercie de m'avoir soutenue et accompagnée dans le choix de mon sujet de thèse et de m'avoir permis de participer à la première session de Profamille à Marrakech.

Merci pour le partage de vos connaissances, vos encouragements et vos précieuses relectures.

Vous vous y êtes grandement impliqués par vos directives, vos remarques et suggestions, mais aussi par vos encouragements dans les moments clés de son élaboration. Nous tenons à vous remercier aussi pour cette liberté que vous avez permise, votre manière de penser et de procéder, votre manière d'être, bref toute votre personnalité.

A MON MAITRE ET JUGE DE THÈSE MADAME I .ADALI

PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A L'HOPITAL UNIVAIRSITAIRE

*Vous nous faites l'honneur d'accepter avec une très grande amabilité de
siéger parmi notre jury de thèse.*

*Veuillez accepter ce travail, en gage de notre grand respect et notre
profonde reconnaissance.*

A MON MAITRE ET JUGE DE THÈSE PROFESSEUR F.MANOUDI

***PROFESSEUR DE PSYCHIATRIE A L'HÔPITAL UNIVERSITAIRE IBN
NAFISS***

*Vous nous avez honoré d'accepter avec grande sympathie de siéger parmi
notre jury de thèse. Veuillez trouver ici l'expression de notre grand
respect et nos vifs remerciements.*

*Nos remerciements s'adressent également à tous nos professeurs pour
leurs générosités et la grande patience dont ils ont su faire preuve malgré
leurs charges académiques et professionnelles.*

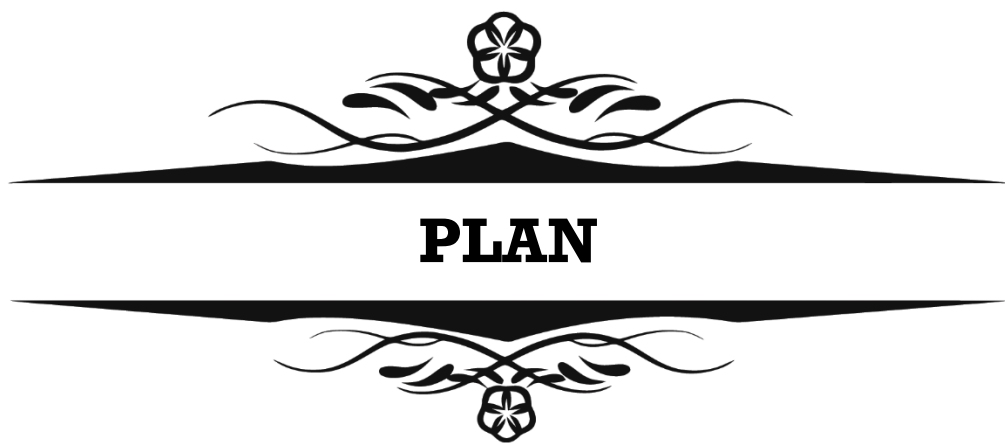


ABRÉVIATIONS



Liste des abréviations

EE	: Émotion Exprimée
CPJN	: Centre Psychiatrique du jour Nassim
TCC	: thérapie cognitivo-comportementale
NA	: Non actifs
CFI	: Camberwell Family Interview
ACC	: Approche cognitivo-comportementale
CES-D	: Center for epidemiologic Studies-Depression scale
MPIP	: Munich Psychosis Information Project
PPE	: Programme Psycho éducatif



INTRODUCTION	1
I. DEFINITION DE LA PSYCHOEDUCATION	2
II. INTERET DE LA PSYCHOEDUCATION	2
III. OBJECTIF DE L'ÉTUDE	4
MATERIELS & METHODES	5
I. TYPE D'ÉTUDE	6
II. DATE ET LIEU DU PROGRAMME	6
III. RECRUTEMENT DES FAMILLES	6
1. Critères d'inclusion :	6
2. Critères d'exclusion :	7
IV. L'EVALUATION	7
V. DÉROULEMENT DE « PROFAMILLE »	7
1. Préparation :	7
2. Planification des actions préparatoires pour l'animateur :	8
VI. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE	8
VII. MÉTHODE STATISTIQUE	9
RÉSULTATS	10
I. ANALYSE DESCRIPTIVE	11
1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUE DES PATIENTS	11
II. RESULTATS DONNÉS PAR LE RÉSEAU	13
1. Modification de l'humeur	13
2. Modification des connaissances	15
3. Amélioration du Coping	17
4. Jugement sur la maladie	19
DISCUSSION	21
I. GÉNÉRALITE SUR « PROFAMILLE »	22
1. Historique du programme Profamille :	22
2. Profamille et schizophrénie :	25
3. Emotion exprimée :	25
4. Bases théoriques de l'action psychoéducative :	26
5. Profamille = Approche cognitive-comportementale:	28
II. DISCUSSION DES RÉSULTATS	30
1. Humeur:	30
2. Amélioration des connaissances:	30
3. Jugement des participants sur la maladie	30
4. Littérature:	31
III. PROGRAMME "PROFAMILLE"	32
1. Indications et objectifs	32
2. Composition du programme	33
3. Structure du programme	34

IV. LIMITES A LA DIFFUSION DU PROGRAMME ET ROLE DES ASSOCIATIONS	69
1. Difficultés à développer l'offre	69
2. Difficultés à orienter les familles vers un programme psychoéducatif	69
3. Difficultés à s'engager	70
4. Rôles des associations :	71
V. PERSPECTIVES	71
 CONCLUSION	 72
 ANNEXE	 74
 RESUMES	 82
 BIBLIOGRAPHIE	 89



INTRODUCTION



I. DÉFINITION DE LA PSYCHOÉDUCATION

La psychoéducation est définie comme une intervention didactique et psychothérapeutique systématique qui vise à informer les patients et leurs proches sur le trouble psychiatrique et à promouvoir les capacités pour y faire face. [1]

II. INTÉRÊT DE LA PSYCHOÉDUCATION

Les interventions de psychoéducation sont diverses et peuvent être pratiquées par des professionnels de différentes disciplines. Elles peuvent être réalisées auprès de personnes souffrantes de troubles psychiques ou de leurs proches dans un setting individuel ou en groupe. La pratique groupale est en général privilégiée dans des interventions systématiques, car elle permet un partage d'expériences et l'établissement de liens entre les participants.

Il ne s'agit pas simplement d'une transmission d'information, mais aussi d'une méthode pédagogique adaptée aux troubles, avec des objectifs thérapeutiques qui visent des aspects psychologiques, une modification des attitudes et des comportements, ainsi qu'une augmentation du soutien social. [2]

Dans une perspective de rétablissement, la psychoéducation transmet un savoir orienté vers l'espoir, contribue à intégrer l'identité bouleversée par la maladie, modifie les attitudes et les comportements vis-à-vis des personnes malades, favorise l'appropriation du pouvoir par la personne et ses proches, et renforce leurs liens sociaux. [3]

La psychoéducation ne se substitue pas aux psychothérapies mais elle s'ajoute à d'autres formes de traitement tels les médicaments ou la réhabilitation psychosociale pour être efficace. Dès l'origine, ce mode d'intervention a modifié le rapport entre les soignants, les patients et les proches pour en faire des partenaires dans le traitement et pour augmenter leur pouvoir d'agir. [4]

Le but de la démarche psycho éducative est d'amener progressivement le patient et sa famille d'un sentiment d'impuissance et d'une position de passivité ou de révolte face à la

maladie vers une position de collaboration active à travers une vision réaliste de la maladie, des moyens d'y faire face au quotidien, des possibilités de traitement et des perspectives d'avenir.

La psychoéducation met en jeu plusieurs dimensions :

- **Une dimension pédagogique** qui consiste à éclairer le patient et ses proches, de façon structurée, objective et dédramatisant sur la maladie et ses traitements, notamment en luttant contre les préjugés et les fausses croyances.
- **Une dimension psychologique** dans la prise en compte de problèmes sensibles et incontournables comme la révélation du diagnostic et le soulagement du fardeau émotionnel. L'écoute et le dialogue doivent savoir aborder la souffrance psychique associée à la symptomatologie.
- **Une dimension comportementale** dans l'utilisation de stratégies spécifiques de modification des comportements. [5]

Dans le cas de la schizophrénie, la psychoéducation des familles, après le traitement médicamenteux, est l'intervention la plus efficace, bénéficiant du plus haut niveau de preuve et d'une rentabilité économique avérée. [6,7]

Elle est solidement basée sur des preuves scientifiques et efficaces pour réduire les rechutes et les hospitalisations, et améliorer plusieurs aspects de fonctionnement lorsqu'elle est associée à une médication efficace. [8]

Les interventions de psychoéducation ont essentiellement été conçues pour des phases tardives de l'évolution des troubles [9].

Les programmes de psychoéducation devraient être adaptés aux besoins des patients [10], dans une phase plus précoce des troubles [11], [12] et dans une perspective de rétablissement, c'est-à-dire véhiculer l'espoir, favoriser l'appropriation du pouvoir par les personnes atteintes de troubles psychiques et leurs familles, faciliter les connections et l'acquisition d'un rôle social, et contribuer à la reconstruction de l'identité bouleversée par la maladie [13].

Aujourd'hui, la littérature scientifique montre clairement que pour la schizophrénie, il est dans l'intérêt du malade de proposer à sa famille un programme psycho éducatif et la non-participation de la famille à un tel programme pourrait apparaître comme une perte de chance pour le malade.

III. OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Notre étude est portée sur le programme psycho éducatif « PROFAMILLE » dans sa troisième version (V3), qui a été utilisé avec le premier groupe de famille de patients souffrants de schizophrénie qui ont participé activement aux différentes séances de ce programme, mis en place pour la première fois au Centre Psychothérapeutique de Jour Ennassim de l'hôpital Ibn Nafis.

Ce programme a été réalisé par les apports du Réseau francophone des animateurs du programme « PROFAMILLE » représentés par le Dr Yann Hodé et ses collaborateurs du Centre Hospitalier Rouffach, en France.

L'objectif de notre travail est :

- Évaluer l'impact clinique et socio-relationnel de cette intervention psycho éducative standardisée auprès des familles et leurs proches malades.
- Étudier le devenir des familles après acquisition de cette formation en psychoéducation

**MATERIELS
&
METHODES**

I. TYPE D'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude interventionnelle type avant-après explorant l'effet du programme psycho éducatif « Profamille » sur le premier groupe de familles des personnes souffrantes de schizophrénie, ayant participé à la totalité des séances de ce programme.

II. DATE ET LIEU DU PROGRAMME

Le programme psycho éducatif « Profamille » s'est déroulé au niveau du Centre Psychothérapeutique du Jour Ennassim de l'Hôpital Psychiatrique Ibn Nafis, du Centre hospitalier Universitaire Mohammed VI de Marrakech, sur une période de 6 mois allant du premier Février jusqu'au fin juillet.

III. RECRUTEMENT DES FAMILLES

Le recrutement des participants a été fait durant les 6 mois, avant le début du programme, et cela dans la majorité des cas par l'association « CHAMS » association des familles et amis des patients souffrants des troubles mentaux, mais aussi par les psychiatres de l'hôpital Ibn Nafis. Cela a pris du temps pour faire connaître « PROFAMILLE » auprès des familles de malades et de les motiver à y participer.

Le nombre de participant était 19 personnes.

1. Critères d'inclusion :

- Toutes les personnes interagissant avec le malade (parents, conjoint, fratrie majeure, grands-parents, oncles et tantes).
- Consentement des participants était obligatoire.
- Les participants qui se sont engagés à venir à toutes les séances.

- Seuil du nombre minimal de participation pour entamer le programme était fixé à 10 personnes.

2. Critères d'exclusion :

- Le proche malade

IV. L'ÉVALUATION

Durant le programme psycho éducatif « Profamille » des questionnaires d'évaluation des « pensées et émotions dominantes » ainsi que celui des « caractéristiques sociodémographiques et attentes des familles » ont été distribués au début et en fin du programme.

Dans notre étude, nous avons pu collecter les données épidémiologiques et cliniques à partir de ces questionnaires déjà remplis par les familles ayant participé à ce programme.

V. DEROULEMENT DE « PROFAMILLE »

1. Préparation :

Pour se lancer dans les sessions du programme Profamille il fallait

- L'animateur : formé pour ce programme en France au CHU de Rouffach
- Préparer la salle de l'animation : bibliothèque du CPJE
- Les moyens d'assurer l'impression des documents pour le groupe. (Environ 300 pages par participants)
- Financement principale par :
 - ✓ L'Association CHAMSS
 - ✓ Une participation symbolique de 500 DH pour chaque membre.

- Préparation des pauses café, durant les séances qui durent 4H pour que le programme « PROFAMILLE » se passe dans un climat de convivialité.

2. Planification des actions préparatoires pour l'animateur :

- Lire et suivre le guide de l'animateur
- Préparation des documents à imprimer :
 - ✓ Les lettres d'engagement
 - ✓ Les questionnaires de pré-évaluation et d'évaluation initiale et finale
 - ✓ Préparation du « Manuel des exercices » qui contient les exercices pour toutes les séances
- Mise en place des classeurs d'assurance qualité qui contient tout le programme « PROFAMILLE » :
- Guide de l'animateur
- Organisations et documents modèles
- Manuel d'animation module 1
- Manuel des exercices module 1
- Manuel du participant module 1
- Manuel du module 2
- Kit d'évaluation modules 1 et 2

VI. CONSIDÉRATION ÉTHIQUE

Conformément aux principes de la déclaration d'Helsinki, les parents et proches de malades participant aux groupes « Profamille » ont donné par écrit leurs consentements éclairés pour ce programme, après avoir été informé de ses objectifs et de son déroulement.

Dans notre étude, nous avons respecté l'anonymat des familles ayant participé dans ce programme, en collectant toutes les données recueillies à partir des questionnaires.

Les variables étudiées étaient :

- Les caractéristiques sociodémographiques : annexe 1
- L'humeur : annexe 2
- L'évaluation des connaissances : annexe 3
- Le Coping : annexe 4
- Le Jugement sur la maladie : annexe 5

VII. MÉTHODE STATISTIQUE

Ces données sont récupérées dans le logiciel d'évaluation du réseau Profamille accessible en ligne [<http://logprofam.free.fr/>], où elles avaient été anonymisées et informatisées par l'animatrice du programme « Profamille ».

Elles étaient sauvegardées régulièrement sous Excel.

Les questionnaires regroupent plusieurs domaines, notamment l'évaluation de la répercussion de la maladie du proche sur l'état de santé et le fonctionnement du participant, des questionnaires de Coping, une évaluation des connaissances avec des mises en situation, et des éléments concernant le proche malade.

Pour ce travail, nous avons retenu uniquement les questions en rapport avec les proches des malades pour obtenir une description de la population étudiée. L'analyse de ces données a été faite sur Excel.

L'analyse statistique concernant les données sur l'humeur, les connaissances et le Coping ont été faite par le réseau du programme « Profamille » dirigé par Yann Hodé.

Les résultats de cette analyse ont été obtenus via la plateforme en ligne.




RÉSULTATS

I. ANALYSE DESCRIPTIVE

1. LES CARACTÉRISTIQUES SOCIODÉMOGRAPHIQUES DES PATIENTS

1.1. SEXE :

- ✓ Les patients étaient majoritairement des hommes (15) soit 79% avec uniquement 4 femmes soit 21%.
- ✓ Le sex-ratio (nombre d'homme/nombre de femme) a été de 3,75

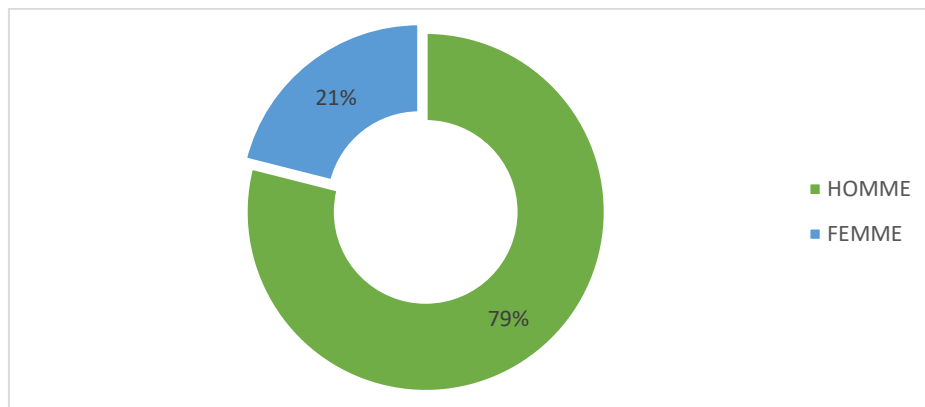


Figure1 : Répartition selon le sexe des patients

1.2. AGE :

- ✓ L'âge moyen des participants dans notre série était de 47 ans avec des extrêmes de 26 et 67 ans.
- ✓ La tranche d'âge la plus dominante était celle entre 51 et 60 ans.

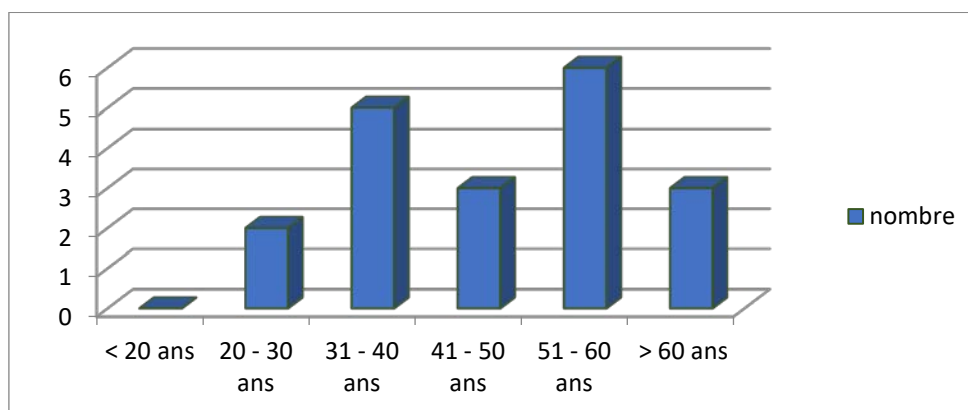


Figure 2 : Tranche d'âge des participants au programme Profamille

1.3. NIVEAU SOCIOPROFESSIONNEL :

- . La majorité des participants étaient non actifs (56%)
- . 2 avaient un niveau équivalent aux catégories (Cadre sup / Prof libéral / Universitaire) (11%)
- . 3 faisaient partie de la catégorie (Technicien/Cadre moyen / Enseignant) (17%)
- . 3 autres représentaient des Employés/Agents de service (17%)

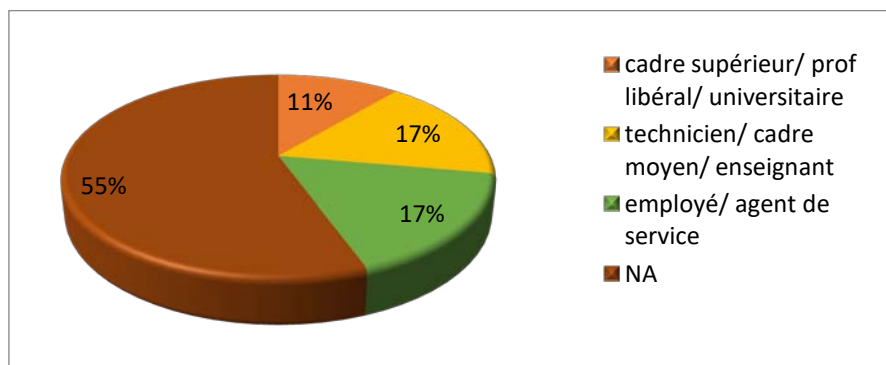


Figure 3 : Niveau socioprofessionnel

1.4. LIEN DE PARENTE :

- ✓ Parmi les 19 participants 16 % étaient des parents, 21% des conjoints et 63% représentaient des frères/sœurs / autres...

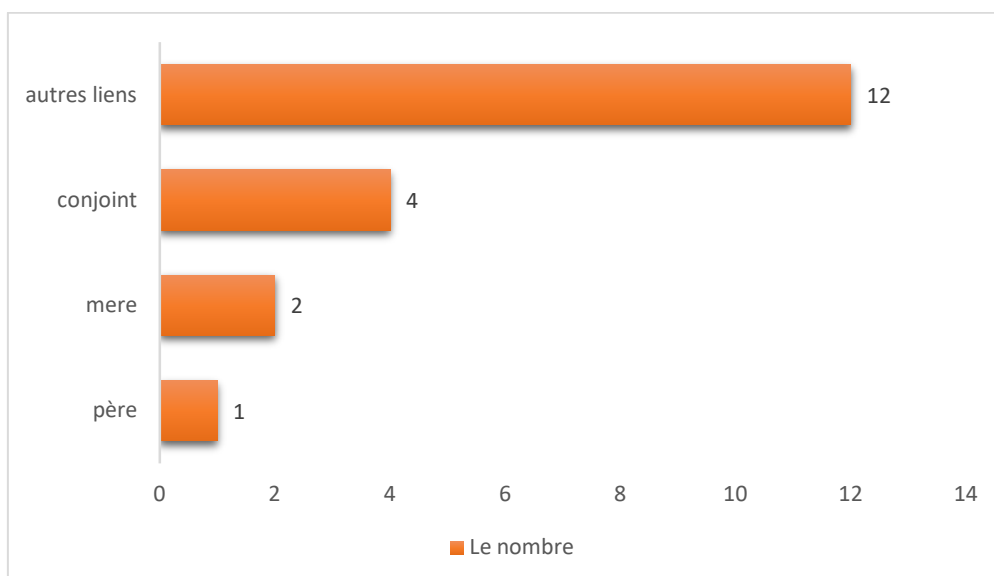


Figure 4: lien de parenté entre participant/patient

- 13 participants soit 68% venaient seuls aux séances tandis que les 6 autres venaient accompagnés

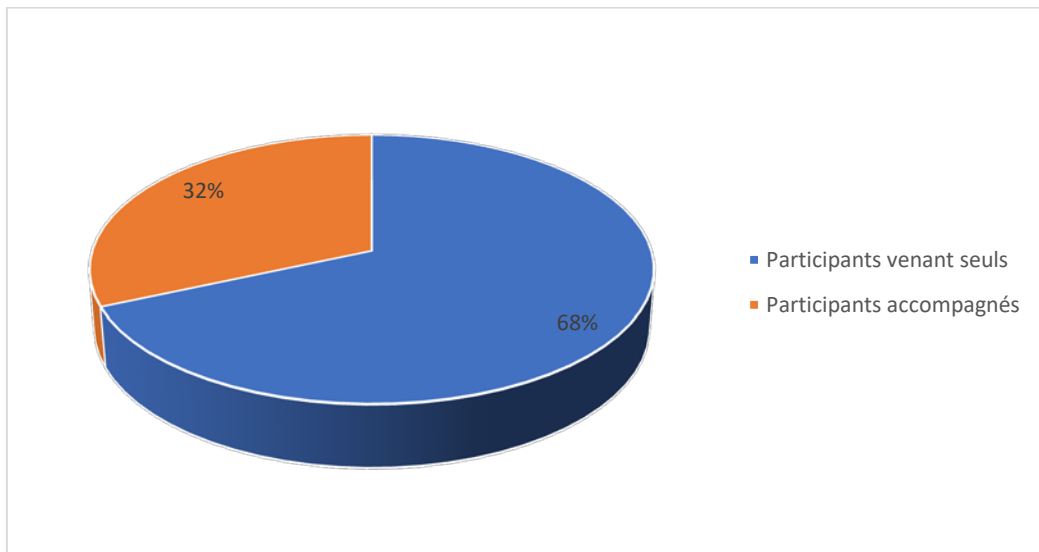


Figure 5 : Participants venant seuls / accompagnés

II. RESULTATS DONNÉS PAR LE RESEAU

1. Modification de l'humeur :

- ❖ Le groupe de 19 participants avait une amélioration moyenne de 12,79 de son score, passant d'un score moyen de 24,63 à un score moyen de 14,36.
- ❖ Cette amélioration était non significative.
- ❖ Comparant l'évaluation initiale à l'évaluation finale un participant n'avait pas décelé une modification de son humeur, tandis que 2 participants avaient ressentis une dégradation cette dernière.
- ❖ Deux sujets étaient initialement déprimés avec une moyenne de 33.
- ❖ Quatre étaient initialement non déprimés alors que trois avaient une humeur initialement limite.

Tableau I : Humeur initiale des participants

	Nb sujet	Minimum	Maximum	Médiane	Moyenne
Sujet initialement déprimés	9	24	52	30	33,89
Initialement humeur limite	3	19	21	19	19,67
Initialement non déprimés	4	3	13	10	7,5

Tableau II : Statistiques sur la modification de l'humeur évaluation initiale/finale

Nom-sexe	Age	Initiale	Finale	Différence Initiale /Finale
P1	58	4		
P2	26	40	10	30
P3	38	19	14	5
P4	54	29	17	12
P5	62	19	18	1
P6	32	38	7	31
P7	36			
P8	53	30	17	13
P9	50	21	30	-9
P10	63	3	13	-10
P11	47	10		
P12	48			
P13	35	38	3	35
P14	54	29	12	17
P15	26	52	15	37
P16	58			
P17	67	13	13	0
P18	35	24	18	6
P19	53	25	14	11
Moyenne		24,63	14,36	12,79
Médiane		24,50	14,00	11,50
Minimum		3	3	-10
Maximum		52	30	37
Écart-type		13,49	6,18	15,52

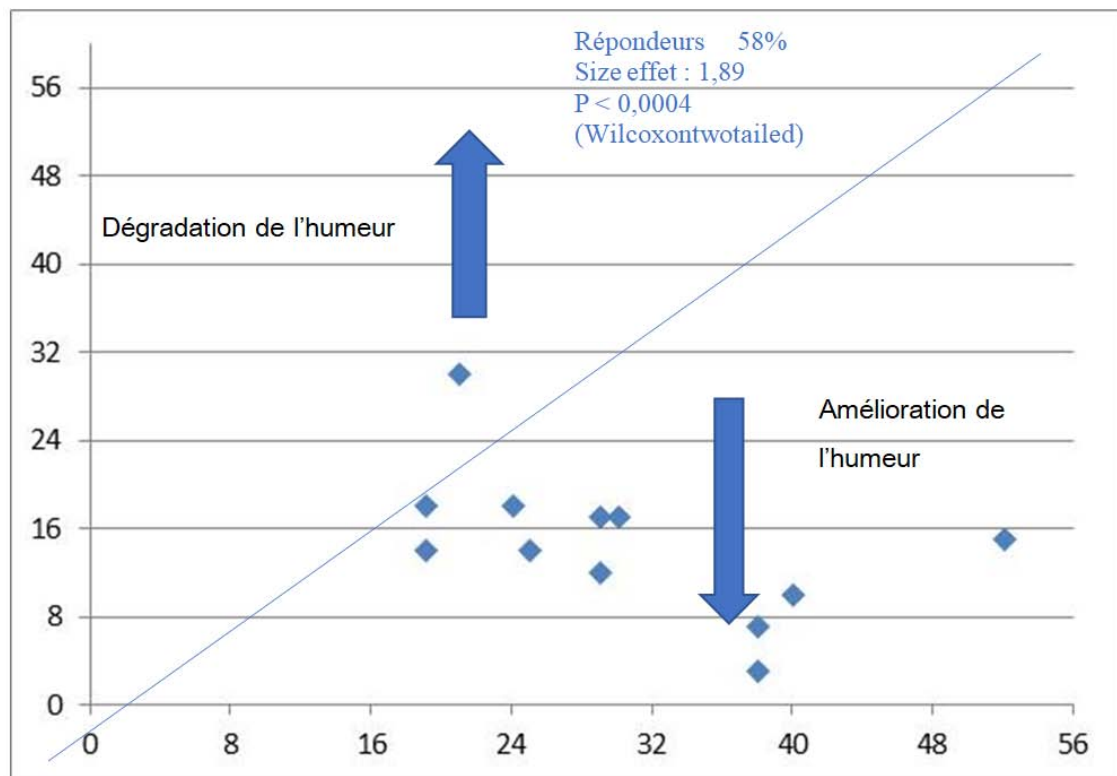


Figure 5 : Effet du programme Profamille sur l'humeur et le moral

Grace a un auto-questionnaire rempli en début et fin de programme (center for Epidemiologic Studies-Depression scale (CES-D) la comparaison statistique des scores d'évaluation (Test de wilcoxon bilatéral sur les données appariées) ont noté 3 groupes :

- Les sujets à risque de syndrome dépressif :
(Score initial à la CES-D > 16, n = 23)
- Les sujets très probablement dépressif : (score à la CES-D > 22, n = 18)
- Les sujets non déprimés : (score initial à la CES-D < 16, n = 31).

2. Modifications des connaissances :

Le groupe a une amélioration moyenne de 13 de son score, passant d'un score moyen de 23 sur 43 à un score moyen de 37 sur 43.

Cette amélioration est non significative.

Deux participants non pas modifier leur niveau de connaissance comparant l'évaluation initiale a la finale tandis que 12 participants ont amélioré leur score.

Tableau III : Statistiques sur le niveau de connaissances évaluation initiale/finale

Nom-sexe	Age	Initiale	Finale	Différence initiale/Finale
P1	58	19		
P2	26	19	31	12
P3	38	22	32	10
P4	54	21	42	21
P5	62	21	42	21
P6	32	27	43	16
P7	36			
P8	53	22	42	20
P9	50	25	25	0
P10	63	24	42	18
P11	47	21		
P12	48			
P13	35	29	40	11
P14	54	20	31	11
P15	26	21	34	13
P16	58			
P17	67	30	30	0
P18	35	23	43	20
P19	53	24	42	18
<u>Moyenne</u>		23,00	37,00	13,00
<u>Médiane</u>		22,00	41	14,50
<u>Minimum</u>		19	25	0
<u>Maximum</u>		30	43	21
<u>Écart-type</u>		3,33	6,23	6,99

- On voit également que l'amélioration des scores de connaissance des patients de Marrakech est supérieure pour la majorité d'entre eux que l'amélioration moyenne des scores de tous les autres centres.

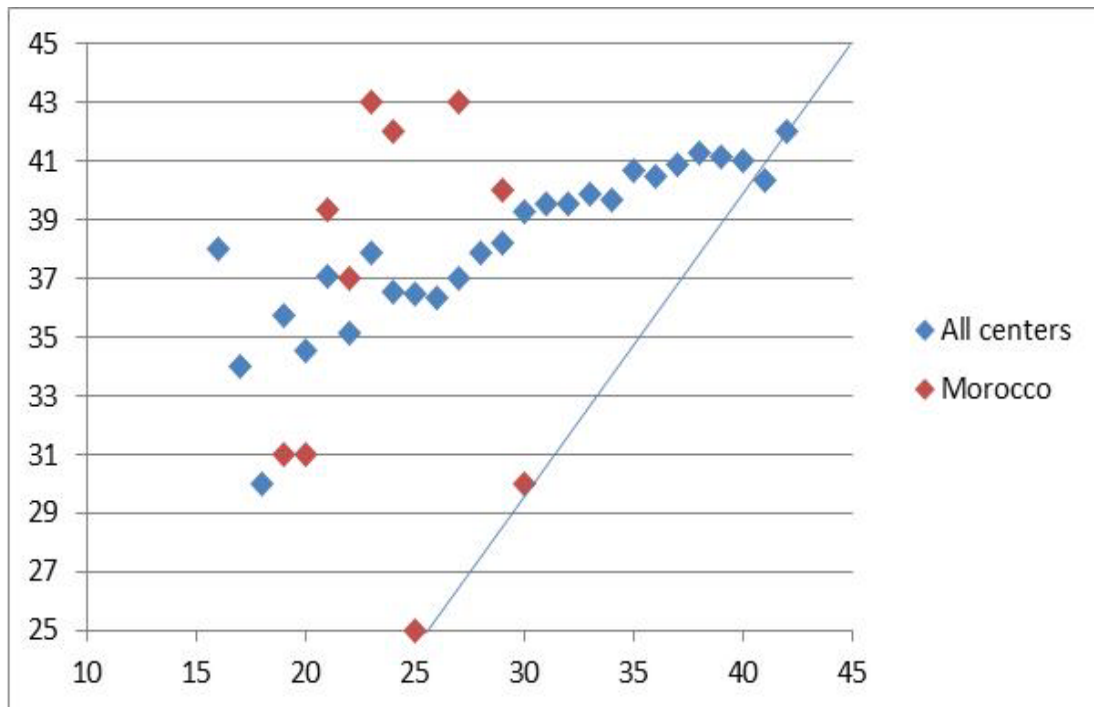


Figure 6 : Amélioration des scores de connaissance

3. Amélioration du Coping :

Comparant l'évaluation initiale a la finale :

- ❖ La moyenne de l'évaluation initiale était de 29,69 celle de l'évaluation finale était de 24,07 avec une différence de moyenne de -5,29 entre les deux.
- ❖ Parmi les 19 participants 5 avaient une amélioration de leur Coping 6 n'en avaient aucune, alors que 2 étaient neutre.

Tableau IV : Amélioration du Coping évaluation initiale/finale

Nom-Sexe	Age	Évaluation Initiale	Évaluation Finale	Différence initiale/Fin	Différence initiale/1 an
P1	58	22		-17	-22
P2	26	40	23	-17	-40
P3	38	30	31	1	-30
P4	54	37	31	-6	-37
P5	62	28	11	-17	-28
P6	32	10	24	14	-10
P7	36				
P8	53	31	34	3	-31
P9	50	22	18	-4	-22
P10	63	22	26	4	-22
P11	47	42			-42
P12	48				
P13	35	41	15	-26	-41
P14	54	30	30	0	-30
P15	26	31	31	0	-31
P16	58				
P17	67	22	25	3	-22
P18	35	30	16	-14	-30
P19	53	37	22	-15	-37

Tableau V : Statistiques amélioration du Coping

	Evaluation Initiale	Evaluation Finale	Différence initiale/Fin	Différence initiale/1 an
Moyenne	29,69	24,07	-5,29	-29,69
Médiane	30,00	24,50	-2	-30
Minimum	10	11	-26	-42
Maximum	42	34	14	0
Ecart-type	8,65	7,03	10,98	8,65

4. Jugement sur la maladie :

- Les jugements des sujets marocains concernant la maladie étaient nettement moins adaptés que la moyenne (sur 1700 personnes) des groupes francophones, cet écart se réduit nettement et se rapproche de ce que les autres équipes de la francophonie obtiennent en final.

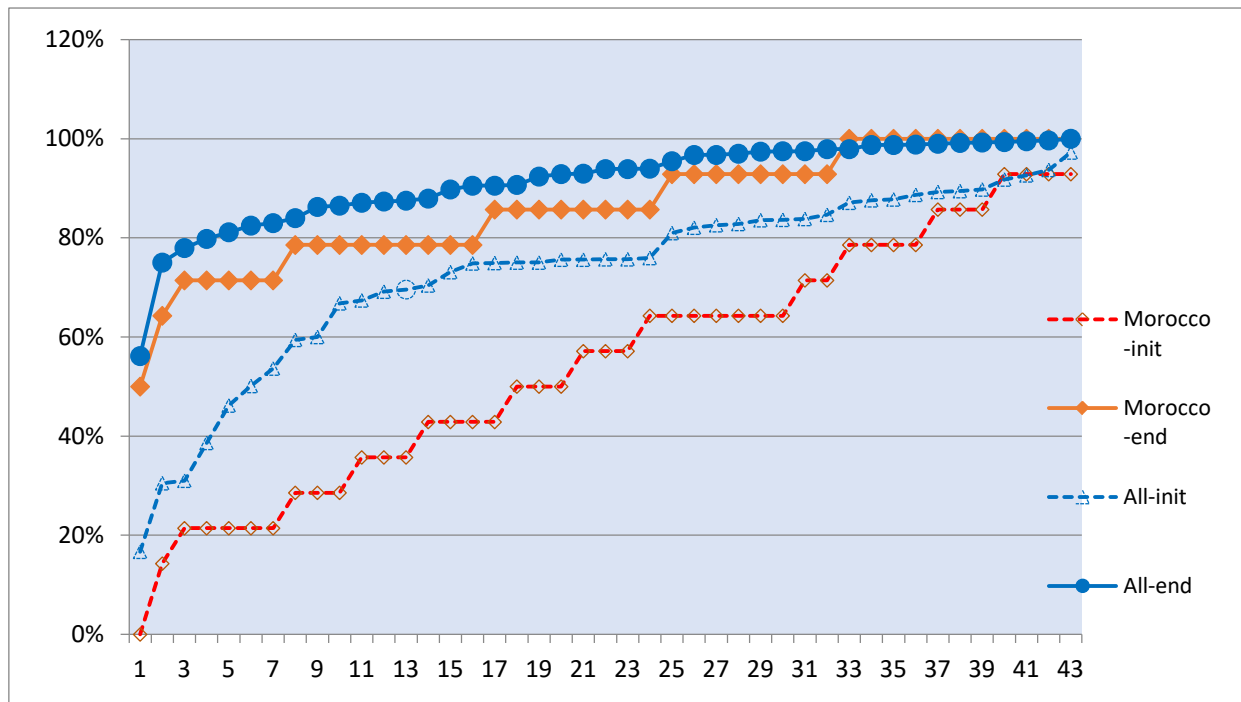


Figure 7 : jugement des sujets marocain concernant la maladie

Tableau VI : récapitulatifs 1

	Effectif total	Effectif	Pourcentage
SEXE :	19		
Féminin		15	79%
Masculin		4	21%
AGE :	19		
<20		0	0%
20-30 ans		2	10,52%
31-40 ans		5	26,31%
41-50 ans		3	15,78%
51-60 ans		6	31,57%
>60		3	15,78%
Niveau Socioprofessionnel :	18		
Cadre sup / Prof libéral / Universitaire		2	11%
Technicien/Cadre moyen / Enseignant		3	17%
Employé/ Agent de service		3	17%
Ouvrier		0	0%
Non actif		10	55%
Lien de parenté proche / malade :			
Parent	19	3	16%
Conjoint		4	21%
Autres		12	63%
Proche venant :			
Accompagné	19	6	32%
Seul		13	68%
Amélioration de l'humeur :			
Oui	14	13	58%
Non		1	42%

Tableau VII : récapitulatifs 2

	Moyenne Evaluation initiale	Moyenne Evaluation finale	Différence moyen init /fin
Modification de l'humeur	24,63	14,36	12.79
Modification des connaissances	23,00	37,00	13,00
Amélioration du coping	29,69	24,07	-5,29



DISCUSSION

I. GÉNÉRALITÉ SUR « PROFAMILLE »

1. Historique du programme Profamille : [14]

Profamille est un programme psycho éducatif structuré, destiné aux proches d'un malade souffrant de schizophrénie.

Initialement développé au Québec par le Professeur Hugues Cormier et ses collaborateurs (l'Unité de psychiatrie sociale et préventive, Université Laval Robert Giffard), ce programme a fait l'objet d'une validation sur environ 50 personnes en 1988. Il a ensuite été diffusé dans le monde francophone à partir de 1991 grâce au Réseau Francophone des Programmes de réhabilitation Psychiatrique fondé par Olivier Chambon, Guy Deleu et Jérôme Favrod.

- En Suisse, en 1993, sous l'impulsion de Jérôme Favrod (Pr, Institut et Haute Ecole de la Santé La Source à Lausanne) et d'une équipe des Hôpitaux universitaires de Genève, Louise Rast a utilisé ce programme pour l'association genevoise Le Relais. Il est également repris par le Département universitaire de psychiatrie adulte de Lausanne, suivi par les institutions psychiatriques des autres cantons romands.
- En 1999, Profamille fait l'objet d'une adaptation et d'une traduction en langue allemande sous l'initiative de l'association AFS-VASK Berne et en collaboration avec le Professeur Hans Dieter Brenner des Services psychiatriques universitaires de Berne.
- Plusieurs utilisateurs suisses se sont organisés en réseau depuis 2000 sous l'égide de Monique Pasche de l'AFS Berne francophone.

Ce réseau initialement suisse s'est ouvert sur la francophonie en 2003 avec la participation de l'équipe animée par le Dr Yann Hodé, au Centre Hospitalier de Rouffach (Alsace) et les membres de l'association Schizo- Espoir. Cette équipe avait développé une grande expérience du programme depuis 1998 et avait commencé à tester des améliorations dans la technique d'animation. D'autres équipes de France se sont ensuite rapprochées du réseau à partir de 2005.

Les participants du réseau se retrouvent une fois par an pour comparer leurs techniques d'animation, les outils d'évaluation, discuté des problèmes de mise en œuvre rencontrés. Ce réseau permet des échanges d'expériences sur l'utilisation de ce programme. Grâce à ces échanges, le programme a bénéficié d'un certain nombre de modifications par rapport au programme original.

Ce travail est le résultat de plusieurs années d'échanges entre tous les participants du réseau Profamille.

- Les équipes de Marsens à Fribourg : (Zoraima Albini et Christian Follack)
- HUG à Genève (Marie-Josée Durak)
- DP-CHUV à Lausanne (Claudia Brogli)
- L'équipe de Malévoz en Valais (Cynthia AudenisCardis et Philippe Laffond)
- UNAFAM – Nancy (Elda Ratzel et Nelly Neige)

Ces réseaux ont contribué à des réflexions fortes utiles sur les points intéressants et les difficultés de ce programme. Les commentaires des uns et des autres ont guidé dans la réalisation d'un nouveau guide de l'animateur.

La rédaction du programme avait été sollicitée par les participants de la rencontre du réseau en 2005 à Rouffach. La demande était qu'il soit à la fois plus exhaustif et qu'il intègre les nouveautés proposées lors de ces rencontres, concernant le contenu et la forme de l'animation.

Une version provisoire avait été présentée à la rencontre du réseau aux HUG en 2006.

- Cette version a été testée par trois équipes qui s'étaient portées volontaires, à savoir:
 - L'équipe de Rouffach, notamment Nicole Beck, Magali Huentz, Raoul Krychowski, Pierrette Risacher, Nathalie Rouyère, Régine Vonthron et le Dr Yann Hodé. Le docteur Hodé est également Président délégué de la section Unafam du Haut-Rhin
 - L'équipe de Berne francophone/Neuchâtel, notamment Bernard Grossenbacher, Sébastien Ragusi, le Dr Jacques Soult, Monique et Pierre Pasche.



Le logo est formé de 3 grands anneaux incomplets associés à 3 petits cercles. Chaque grand cercle représente les bras d'un personnage dont la tête est le petit cercle.

Les trois personnages sont vus du dessus, ils se font face et se tiennent entre eux. Ils ont plusieurs significations possibles :

- *Les relations de coopération et de dialogue entre les familles et les professionnels S'occupant des malades.*
- *La restauration de liens plus chaleureux entre les membres de la famille et avec la personne malade.*
- *Les grands anneaux symbolisent le réseau qui est un réseau humain, constitué de bras (un réseau ce sont des gens qui se soutiennent et qui travaillent ensemble).*
- *Le choix des couleurs orangées qui évoquent le feu fait référence à la chaleur humaine, la vie, La gaieté, la convivialité que veut favoriser Profamille.*
- *La présence de bleu au niveau des têtes apaise les couleurs "feu" et introduit une note de calme, de paix et de sérénité.*
- *La fleur de lys est un hommage rendu aux concepteurs québécois du premier programme Profamille, et en particulier au Dr Hugues Cormier.*

2. Profamille et schizophrénie :

Depuis les années quatre-vingt, les données issues des neurosciences mettent en évidence la contribution de composantes tant génétiques qu'environnementales dans l'étiologie de la schizophrénie. [5]

L'apport indispensable que fournit l'approche psycho-éducative auprès des proches et des familles semble donc agir sur différents niveaux. Elle permettrait, en tant qu'approche complémentaire au suivi psychiatrique classique du patient, une amélioration de sa symptomatologie et de son fonctionnement social [15]. Elle permettrait également de diminuer les émotions négatives des proches de malades ainsi que celles des malades eux-mêmes, en dédramatisant les symptômes psychotiques et leurs effets relationnels comme la communication critique [16].

Cette méthode thérapeutique soulagerait les effets néfastes qu'engendrent les troubles psychotiques sur la famille, et permettrait donc d'aider à rétablir un équilibre familial. [6]

Selon les études, les interventions familiales pour la schizophrénie devraient durer au moins six à neuf mois et devraient inclure un enseignement sur la maladie, des interventions de crise, un soutien émotionnel et un entraînement des compétences pour faire face. [17]

3. Émotion exprimée :

L'utilisation du concept d'EE a été étendue à tous les champs de la santé, en psychiatrie au début (schizophrénie [18]), puis en médecine car reconnue comme une mesure fiable reflétant le climat émotionnel de l'environnement familial d'un patient [19].

Historiquement, c'est dans l'élan véhiculé par le courant biopsychosocial qui consiste à prendre en compte de manière objective et empirique l'influence de l'environnement familial sur le décours des syndromes psychiatriques que le concept d'EE a émergé, de même qu'une méthodologie scientifique pour les observer et les analyser.

En effet, dans les années 1960, en Grande-Bretagne, George Brown et son équipe avaient fait le constat suivant : les rechutes de patients schizophrènes étaient plus fréquentes parmi ceux qui retournaient vivre dans leur famille après une hospitalisation en comparaison avec ceux qui étaient orientés en foyer [20].

Ils ont conduit des entretiens auprès de parents dont l'enfant souffrait de schizophrénie pour identifier les facteurs explicatifs de ce phénomène.

En analysant ces interviews, ils ont développé un instrument semi-structuré appelé le Camberwell Family Interview (CFI) [21], mesurant des dimensions des relations familiales qu'ils baptisèrent « Émotion exprimée ».

Le CFI, instrument de référence de l'évaluation de l'EE [21] évalue, au cours d'un entretien standardisé d'une durée d'une à deux heures mené par un clinicien.

Dans ces conditions, certaines attitudes parentales sont évaluées selon 5 sous-dimensions :

- ✓ Les commentaires critiques,
- ✓ L'hostilité
- ✓ Les remarques positives
- ✓ La chaleur, et la sur-implication émotionnelle.

En fonction des réponses et du nombre de commentaires critiques, du niveau de sur-implication émotionnelle et d'hostilité [22], le membre de la famille sera classé dans la catégorie « Émotion exprimée Haute ou Basse ».

4. Bases théoriques de l'action psycho éducative :

L'hypothèse sous-jacente aux programmes psycho éducatifs est qu'il existe souvent une inadaptation cognitive et/ou émotionnelle et/ou comportementale de certains membres de la famille du malade qui est : d'une part liée au stress d'avoir un proche atteint de schizophrénie 30 à 60 % des familles ayant un niveau de détresse significatif [23] ;

D'autre part liée au caractère déroutant et non familier des troubles observés dans la schizophrénie [24].

Les études réalisées ultérieurement se sont attachées à identifier les caractéristiques des patients associées à une émotion exprimée familiale élevée.

Kavanagh[25] relève ainsi l'interaction réciproque entre certaines caractéristiques du patient et les réponses des proches.

Les symptômes du patient peuvent entraîner un stress chez les parents qui à leur tour adoptent des attitudes intrusives ou un comportement critique à l'égard du patient. Ces attitudes peuvent générer une fragilisation du patient amenant une rechute ou une ré-hospitalisation.

Une méta-analyse a regroupée 12 études de ce type et a permis de démontrer que le risque de rechute au cours des neuf mois suivant la sortie de l'hôpital est d'environ 3,7 fois plus grand pour un patient schizophrène vivant dans un foyer coté émotion exprimée élevée que pour un patient vivant dans une ambiance familiale cotée émotion exprimée faible [26].

Des traitements centrés sur la famille ont été développés afin de diminuer le niveau d'émotion exprimée et de réduire son impact sur le cours de la schizophrénie.

Ces interventions ont permis de retarder ou de diminuer les rechutes [27].

Une méta-analyse portant sur l'effet de la prise en charge des familles a été réalisée par Pitschel-Walz et coll. [28] qui a rassemblé des études évaluant l'efficacité de divers types d'approches familiales, elle conclut en une réduction d'environ 20% du risque de rechute [29].

Néanmoins, d'autres travaux n'ont pas trouvé d'effet significatif sur la prévention des rechutes en ciblant les commentaires critiques ou l'hostilité [30].

Cette inadaptation à des conséquences néfastes pour le malade et pour sa famille.

Le but est donc de modifier cela en introduisant un apprentissage d'autres réactions adaptatives.[31].

5. Profamille = Approche cognitive-comportementale:

Profamille est une approche cognitivo-comportementale qui vise à modifier 3 cibles qui interagissent, le plus souvent de façon négative dans les familles :

- les pensées (ou cognitions) en donnant des moyens de modifier des croyances inadaptées
- les comportements, par l'acquisition de savoir-faire avec le malade et l'environnement
- le niveau émotionnel, en donnant des outils pour réduire la souffrance et les émotions bloquantes et cela afin d'améliorer leur confort de vie et l'aide qu'elles peuvent apporter au malade.

L'approche cognitivo-comportementale est une thérapie brève, validée scientifiquement qui porte sur les interactions entre pensées, émotions et comportements. Ces thérapies se concentrent sur les problèmes actuels de la personne, tout en prenant en compte leurs causes historiques.

Elles aident à progressivement dépasser les symptômes invalidants et visent à renforcer les comportements adaptés.

Elle s'appuie sur différentes techniques qui aident le patient à identifier les mécanismes à l'origine de ses difficultés, à expérimenter de nouveaux comportements et à sortir ainsi progressivement de cercles vicieux qui perpétuent et aggravent la souffrance psychique.

Elle aide la personne à mieux comprendre les schémas de pensées négatives à l'origine de comportements inadaptés qui peuvent être source de détresse psychique.

Elle vise à dépasser progressivement les symptômes invalidants, les réactions agressives, les cognitions erronées, les pensées automatiques dysfonctionnelles ou la détresse à l'origine de souffrance psychique et vise à accompagner la personne dans l'acquisition de compétences utiles pour faire face à de nouvelles difficultés. [32]

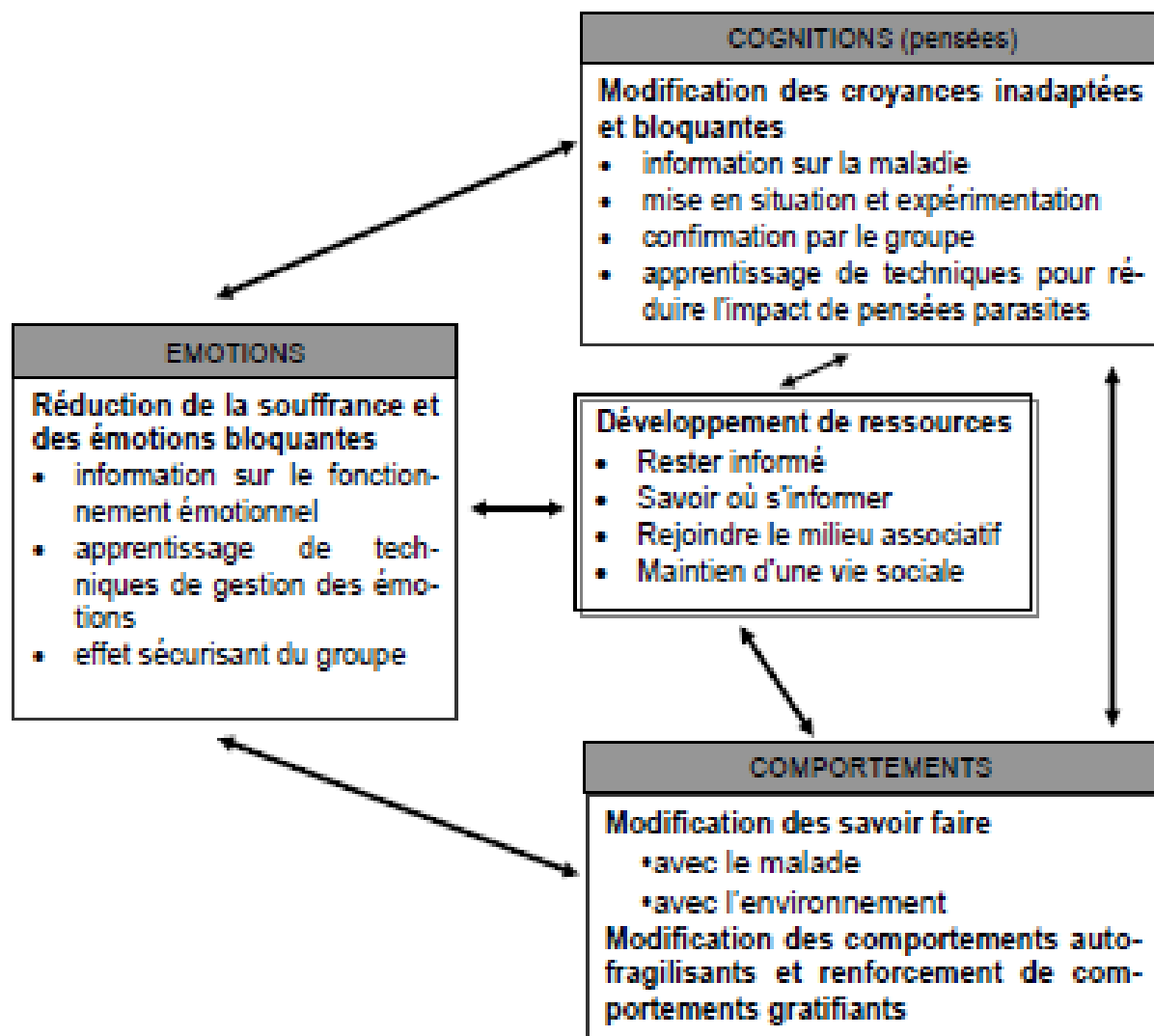


Figure 8 : schémas explicatif des TCC

II. DISCUSSION DES RÉSULTATS

1. HUMEUR :

L'analyse sur 14 participants montre que 58% soit 13 participants évalués ont amélioré leur humeur sauf un participant.

Cette amélioration est statistiquement significative (Test non paramétrique bilatéral de wilcoxon sur données appariées, $p < 0.0004$).

- Onze participants ont montré une amélioration de l'humeur, 2 ont rapporté une légère dégradation tandis qu'un n'a noté aucune différence.
- Neuf participants ont décelé une modification de l'état de leur proche malade,
- Quatre participants ont vu une amélioration de l'état de leur proche, 2 rapportent une légère dégradation tandis qu'un participant a noté une dégradation marquée de l'état de son proche.

2. AMÉLIORATION DES CONNAISSANCES :

L'amélioration des connaissances chez les 19 participants montre bien que partant de scores initiaux plus bas, les familles marocaines arrivent à compenser avec une amélioration supérieure à la moyenne pour se rapprocher des scores des autres centres.

3. JUGEMENT DES PARTICIPANTS SUR LA MALADIE

Comparé au groupe francophone les jugements des sujets marocains concernant la maladie étaient moins adaptés que la moyenne.

En fin de programme cet écart se réduit et se rapproche de ce que les autres équipes obtiennent.

Ceci tend à prouver que même s'il y a initialement des différences culturelles entraînant plus de jugements inadaptés, après Profamille cette différence s'estompe considérablement.

4. LITTÉRATURE :

Comme pour « the Munich Psychosis Information Project », une vaste étude longitudinale qui a pour objectif d'évaluer l'effet de la psychoéducation sur le taux de ré-hospitalisation et l'observance du traitement dans une cohorte de 236 patients ayant un diagnostic de schizophrénie, en contact régulier avec au moins un proche ou une personne significative de leur entourage.

Ces patients sont répartis dans deux groupes : l'un dans lequel les patients et leurs proches suivent deux programmes psycho éducatifs séparés de huit sessions d'une heure sur une période de quatre à cinq mois. Dans l'autre groupe les patients reçoivent un traitement classique. Les patients des deux groupes sont évalués à 12 et 24 mois.

Le taux d'hospitalisations est significativement réduit dans le groupe avec psychoéducation. L'observance du traitement est également meilleure dans ce groupe. Ainsi, une intervention relativement brève avec l'implication systématique des proches améliore considérablement le cours de la maladie [33].

Cette étude permet également d'évaluer les bénéfices de la psychoéducation à long terme. Bauml et al. mesurent le taux de ré hospitalisations et le nombre de jours d'hospitalisation dans un groupe de 24 sujets ayant bénéficié du groupe thérapeutique de psychoéducation et dans un groupe contrôle, tous deux issus de la cohorte du Munich Psychosis Information Project.

Les 48 patients suivent un traitement comparable en extrahospitalier.

Après sept ans, le taux de ré hospitalisations est de 54 % dans le groupe des patients ayant suivi le groupe de psychoéducation, avec une moyenne de 1,5 hospitalisation par patient versus 88 %, avec une moyenne de 2,9 hospitalisations par patient dans le groupe contrôle ($p < .05$). La moyenne des jours d'hospitalisation s'élève à 75 dans le groupe avec psychoéducation versus 225 dans le groupe contrôle. [34]

Cependant, la plupart des études incluait aussi une action psycho éducative en direction des proches des patients.

Une étude a comparé un programme psycho-éducatif ne concernant que des patients avec un programme psycho éducatif impliquant aussi les proches [35,36].

L'absence des proches donne des résultats moins favorables. L'efficacité de programmes psycho éducatifs, ne concernant que les malades, n'atteint donc pas encore un niveau de preuve suffisant, même si une efficacité est rapportée à partir d'études non randomisées. Ainsi, une étude n'incluant que les patients mais non randomisée a montré qu'un programme psycho éducatif pouvait réduire l'auto-stigmatisation et améliorer aussi les scores à une échelle d'insight [37].

III. Programme Profamille

1. Indications et objectifs

Ce type de programme est utile chez toutes les familles, quel que soit leur niveau de connaissances initiales sur la maladie et voulant :

- Empêcher la rechute et la ré-hospitalisation
- Enrichir les techniques de résolution de problèmes et d'entraînement aux habiletés sociales
- connaître la maladie et les traitements
- développer les capacités relationnelles
- chercher à mieux gérer les émotions

Objectifs du programme :

- ❖ Pour le malade :

Il permet aux familles de mieux comprendre comment faire avec un proche malade dont certains symptômes paraissent difficiles à gérer comme :

- Le refus de se reconnaître comme malade et de prendre un traitement.
- L'opposition, agressivité.

- Le manque d'initiative.
- Paresse et manque d'organisation.
- Alcoolisme, toxicomanie.
- Etat dépressif

❖ Pour la famille :

Le programme permet d'apprendre à réduire les conséquences :

- Du stress
- De la fatigue et le mauvais sommeil.
- Du sentiment de culpabilité et de frustration.
- De la tristesse et l'abattement

Il permet aux familles de mieux utiliser les possibilités d'aide et de recourir plus efficacement aux services médicaux et sociaux.

2. Composition du programme

2.1. La version initiale :

La version initiale développée par H. Cormier, qui faisait environ 90 pages comprenait 9 séances, mais non reconduite car cette version nécessitait d'être adaptée.

La version suisse revue par l'association VASK et H. D. Brenner comptait une séance de plus soit 10 séances.

2.2. La version V2 :

Suite aux retours de l'expérimentation de Docteur Yann Hodé et ses collaborateurs, Centre Hospitalier de Rouffach (France), Nicole Beck, Magali Huentz, Raoul Krychowski, Pierrette Risacher, Nathalie Rouyère, Régine Vonthron, leurs suggestions et leurs réflexions ont été repris pour donner une forme plus aboutie à ce guide de l'animateur et ont permis la mise au point de la version V2 du programme Profamille qui comprend 13 séances.

2.3. La version V3 :

Compte maintenant 14 séances de base.

Les séances telles qu'elles sont décrites dans les manuels de la version V3 ont une durée de 4H au maximum avec une pause intégrée de 10 à 20 mn au milieu de la séance.

Cette version comprend une séance d'engagement, un module de formation initial de 14 séances au contenu très structuré, et un module d'approfondissement et de consolidation de 6 séances, auxquels s'ajoutent, pour certains participants, 3 séances individuelles. Les séances telles qu'elles sont décrites dans les manuels de la version V3 ont une durée de 4 heures avec une pause intégrée de 10 à 20 minutes au milieu de la séance. Cette durée a été testée et les participants arrivent à maintenir un niveau d'attention acceptable. Un groupe est composé habituellement de 12 participants et il est animé par au moins deux personnes.

3. Structure du programme

Le programme se développe en 5 étapes dont l'ordre est étudié pour que chaque étape prépare l'étape suivante.

- 1) Education sur la maladie : modifier les attributions, permettre de comprendre la maladie.
- 2) Développer des habiletés relationnelles : améliorer sa relation avec le malade, baisser la tension, mieux aider le malade.
- 3) Gestion des émotions et développement de cognitions adaptées : prendre plus de plaisir.
- 4) Développer des ressources : pouvoir faire face à des aléas et préparer l'avenir.
- 5) La 5^{ème} étape dite d'approfondissement est destinée à renforcer les apprentissages et favoriser la mise en application des savoir-faire développés dans le programme

Chaque étape développe des apprentissages dont l'utilité repose sur des études décrivant les difficultés fréquentes auxquelles sont confrontées les familles ou les dysfonctionnements fréquemment observés.

3.1. Avant le début des séances :

- Organisation d'une réunion d'information et de pré-engagement qui est une étape importante pour renforcer l'engagement des participants et éviter l'absentéisme.
- Les questionnaires de pré-évaluation « 02 Pré-évaluation » comportent :
 - 1) Déroulement du programme
 - 2) Structure du programme Profamille
 - 3) Évaluation des pensées et des émotions dominants
 - 4) Mes caractéristiques socio démographiques des participants et leurs familles.

a. **MODULE 1 : Formation initiale : détails des 14 séances.**

Tableau VIII : Composition du module 1

ÉTAPES	SÉANCES
Accueil	Séance 1 : Présentation du programme et évaluation initiale
Éducation sur la maladie	• Séance 2 : Connaitre la maladie • Séance 3 : Connaitre son traitement → Révision à domicile et exercices par correspondance
Développer des habiletés relationnelles	• Séance 4 : Habiletés de communication (1) • Séance 5 : Habiletés de communication (2) → Révision à domicile et exercices par correspondance • Séance 6 : Habiletés à poser des limites • Séance 7 : Révision des séances 4, 5 et 6
Gestion des émotions et développement de cognitions adaptées	• Séance 8 : Culpabilité et anxiété • Séance 9 : Habiletés à gérer ses émotions ; réduire sa souffrance • Séance 10 : Habiletés à gérer ses pensées parasites ; réduire sa souffrance • Séance 11 : Approfondissement séance 10 et révision des séances 8, 9 et 10 • Séance 12 : Apprendre à avoir des attentes réalistes
	• Séance 13 : Savoir obtenir de l'aide • Séance 14 : Développer un réseau de soutien et évaluation finale.

Il existe ensuite la possibilité de séances optionnelles dont la thématique intéresse : le cannabis / droits et aide. Cette formation initiale correspond à un volume horaire de 56 heures de formation (une séance de 4h par semaine). Les participants travaillent également entre les séances à raison d'environ 4 heures hebdomadaires.

b. MODULE 2 : APPROFONDISSEMENT ET CONSOLIDATION

Le deuxième module est destiné à maintenir les acquis et renforcer l'apprentissage. Il est moins dense et s'étale sur un an. En effet durant les 12 mois qui suivent la fin du premier module, il est proposé :

- 2 séances de révision collectives (l'une à 6 mois et l'autre à 1 an)
- 4 séances d'approfondissement sans les animateurs (tous les 2-3 mois environ) pour favoriser l'autonomie du groupe et la prise de confiance dans ses propres capacités à agir.
- 9 révisions mensuelles réalisées à la maison avec des exercices par correspondance.

Tout au long du programme, les participants remplissent des questionnaires qui évaluent le programme Profamille :

1. Une pré-évaluation avant de commencer le programme
2. Une évaluation initiale (séance 1), intermédiaire (séance 7), finale (séance 14)
3. Une évaluation à 6 mois et à 1 an de la fin du premier module.

Dans les évaluations plusieurs dimensions sont explorées : l'apprentissage de nouvelles connaissances et la modification des croyances

- L'apprentissage de nouveaux savoir-faire,
- L'amélioration de la gestion des émotions,
- La satisfaction par rapport au programme et l'amélioration de l'état du malade.

NB : Un classeur « qualité » doit être tenu par les animateurs. Ce classeur est validé annuellement par le réseau Profamille, ce qui permet de certifier la mise en œuvre adéquate du programme par l'équipe d'animateurs.

c. ANIMATEURS :

c.1. Combien d'animateurs ?

Les séances sont idéalement animées par deux animateurs. Il est préférable que les animateurs fassent l'ensemble des séances pour que le groupe connaisse mieux ses interlocuteurs.

Lorsqu'une équipe anime pour la première fois le programme Profamille, il est parfois possible de démarrer à 3 animateurs au lieu de 2 pour se sentir plus à l'aise dans cette phase de découverte du programme. Cependant, les organisateurs du programme doivent avoir en tête qu'en ayant sur la durée, hors justification de formation, plus de 2 animateurs, ils augmentent nettement le coût du programme (le coût est essentiellement un coût salarial) et réduisent donc son intérêt économique pour le système de santé publique.

c.2. Qui peut animer ?

Les animateurs peuvent être des professionnels de santé mentale ou des membres d'une association de familles de personnes souffrant de schizophrénie, formés à l'animation de ce type de groupe.

c.3. La formation des animateurs

Cette formation repose sur un ensemble de moyens disponibles et de pratiques recommandées.

c.4. Un guide de l'animateur qui contient notamment :

La description exhaustive des bases théoriques du contenu et de la forme de l'animation afin que l'animateur comprenne l'importance et la logique de ce qu'il doit faire et de la façon de le faire.

Des conseils pratiques et des méthodes d'animation sur différentes situations courantes pouvant poser un problème.

Un auto-questionnaire de contrôle de lecture, permettant d'évaluer l'acquisition par l'animateur des connaissances transmises dans ce document.

c.5. Un manuel de l'animateur décrivant précisément : [17]
[SEP]

- o Comment préparer chaque séance
- o Comment se préparer à l'animer.
- o Ce qui doit être fait et dit à chaque séance.
- o L'organisation temporelle de la séance et les astuces d'animation à utiliser.

d. PARTICIPANTS :

Un groupe comporte idéalement 10 à 12 personnes. En dessous de 10, les échanges sont moins riches et l'investissement des animateurs est moins rentabilisé.

On prendra tous les candidats potentiels, à partir du moment où ils ont des liens affectifs forts avec le malade, et où ils acceptent et respectent les règles d'engagement dans le programme.

Les conjoints des malades se sentent parfois un peu seuls lorsqu'ils sont dans un groupe constitué uniquement de parents de malades.

Le programme n'est pas une indication pour des parents dont le malade n'est plus en vie, leur participation et les exercices demandés risquent de créer plus de souffrances que d'aide pour eux et pour les autres membres du groupe.

Par contre, si le décès d'un malade survient durant le programme, si on a dépassé la séance sur les limites, le maintien dans le groupe est possible, à apprécier en fonction des circonstances.

e. SÉANCES :

Tableau IX : Séance 1 :L'ACCUEIL

Objectifs	1) Objectifs généraux • Premettre à chacun de se présenter aux autres et de créer un effet « groupe » où chacun perçoit qu'il n'est pas seul • Faire connaître ses besoins et ses attentes à l'égard du programme • Présenter le programme, ses objectifs, son déroulement, les règles de fonctionnement • Renforcer l'engagement de chacun. • Remplir les questionnaires d'évaluation initiale, indispensable pour faire reconnaître ensuite le travail réalisé. 2) Objectifs secondaires : • Préparer à la pratique d'exercices respiratoires de relaxation. • Préparer à améliorer les techniques de communication des participants. • Préparer à savoir changer de point de vue, et développer une souplesse cognitive par rapport à ses propres croyances/jugements qui peuvent favoriser un état dépressif.
Moyens	1) Contenu de la séance : Décrit les aspects théoriques de l'animation que l'animateur doit connaître. 2) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3) Fiche d'animation : Décrit le déroulement chronologique de la séance avec ce qui sera fait et dit durant la séance à chaque temps. 4) Fiche documents utilisables durant la séance ÷ Questionnaire 1 – Questionnaire 2 (Remettre un exemplaire à chaque participant au moment de l'exercice) 5) Fiche exercices pour la prochaine séance (remettre un exemplaire à chaque participant) 6) Les questionnaires d'évaluation
Contenu de la séance	I. L'engagement • Créer un sentiment de groupe par des échanges qui restent contrôlés. • Insister sur l'efficacité des exercices • Transmettre l'enthousiasme des animateurs II. Les questionnaires d'évaluation • Évaluer efficacité pédagogique des animateurs et l'aide qu'ils apportent. • Justifier les demandes de financement pour de tels programmes. III. Travail sur les émotions et les croyances Il s'agit d'exercices préparatoires à ce qui sera vu durant d'autres séances. IV. Exercices respiratoires 1. Exercices d'entraînement à être conscient du présent 2. Réflexion sur les jugements et croyances V. Travail sur la communication Permet d'améliorer : • La capacité à changer de point de vue pour comprendre le point de vue de l'autre et mieux négocier. • La capacité à communiquer en montrant son empathie.

Tableau X :Planning résumé de la séance 1 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence Temps 1 : Accueil • Mot d'accueil et de bienvenue, présentation des animateurs, les participants se présentent au Temps 2. • Règles du groupe (Confidentialité, Respect, Courtoisie, Téléphones portables, ...). • Notez la position des participants dans le rectangle.			
Temps 2 : Présentation des participants 1) Distribution du questionnaire 1, <i>"Séance 01 Documents pour séance 01"</i> et réorganisation par groupe de 2 des participants. 2) Les participants se présentent les uns les autres. 3) Distribution du questionnaire 2, <i>"Séance 01 Documents pour séance 01"</i> consignes et les participants travaillent par paire. 4) Les participants expliquent la situation des uns et des autres.			
Temps 3 : Attentes des participants – Organisation des séances • Tour de table pour demander à chacun ses attentes, 2 mn par participants. • Explication sur l'organisation de la pause.			
Temps 4 : Questionnaires d'évaluation • Donner des consignes précises. Au moment de les récupérer vérifier que chaque questionnaire soit bien rempli.	40'	1H45	
PAUSE	15'	2H00	
Temps 5 : Objectifs et contenu du programme	10'	2H10	
Temps 6 : Sensibilisation aux émotions, pensées et croyances • Exercices respiratoires (expiration lente, abdominale, sonorisée). • Exercice du grain de raisin sec. • Introduction aux croyances dépressiogènes Lecture conseillée • « La force des émotions » par Ch. Lelord et Ch. André (Ed Odile Jacob).	70'	3H20	
Temps 7 : Exercice sur la communication • Exercice 5 • Exercice 6 • Exercice 7	30'	3H50	

Tableau XI :Planning résumé de la séance 1 : « suite »

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Temps 8 : Expliquer le déroulement du programme	5'	3H55	
Temps 9 : Rappel des horaires, distribution des documents ☐ Comment faire en cas de problèmes, rappel de l'engagement de chacun. Remercier chaleureusement Distribution des documents	5'	4H	
Au total	4H		

**Tableau XII : SÉANCE 2 : LA SCHIZOPHRÉNIE, SES CAUSES,
SES MANIFESTATIONS ET SON PRONOSTIC**

Objectif	Objectifs généraux • Comprendre Les caractéristiques et les causes de la maladie • Définir et identifier les symptômes positifs, négatifs et cognitifs de la maladie • Identifier les signes d'alarme d'épisode psychotique aigu • Comprendre le caractère multi causal de l'étiologie de la schizophrénie • Comprendre les liens possibles entre des dysfonctionnements cérébraux et certains symptômes • Avoir une idée du pronostic. Objectifs secondaires • Refaire l'exercice respiratoire vu durant la précédente séance • Renforcer la pratique de l'exercice de distanciation • Exercice d'entraînement à repérer les conséquences comportementales de croyances négatives.
Moyens	1) Contenu de la séance : donnera aux animateurs non médecins des notions de base qui leur permettront de faire face aux questions. 2) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3) Fiche d'animation : résumé qui rappelle ce qui sera fait et dit durant la séance. 4) Documents utilisables durant la séance, exercices 1, 2 et 3 du document : "Documents durant séance 02". 5) Exercices pour la prochaine séance, document : "Exercices pour séance 03" Résumé de la séance 2.
Contenu de la séance	1. Épidémiologie et généralités de la schizophrénie 2. Symptômes et troubles observables • Symptômes positifs de schizophrénie • Symptômes négatifs • Troubles cognitifs • Troubles associés 3. Diagnostic selon les Critères du DSM-IV et les Critères de la CIM-10 4. Origine des troubles schizophréniques • Structure du cerveau • Prédispositions génétiques (charge héréditaire) • Complications pendant la grossesse et l'accouchement • Anomalies structurelles du cerveau • Modifications biochimiques dans le cerveau • Troubles du traitement de l'information 5. Modèle Stress-Vulnérabilité • Description du modèle • Facteurs déclenchant de la schizophrénie • Signes d'alarme 6. Évolution et pronostic • La rémission symptomatique • La rémission fonctionnelle ou récupération 7. Schizophrénie et toxicomanie

Tableau XIII : Planning résumé de la séance 2 :

Thèmes à traiter Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction	Durée	Cumul	Animation
Temps 1 : Accueil – Annonce du thème de la séance. – Tour de table rapide où chaque personne rappelle son nom, etc. – Refaire l'exercice respiratoire vu durant la précédente séance. – Demander si l'exercice de distanciation (comme l'exercice du grain de raisin sec) A pu être refait. Dire qu'on verra plus tard l'intérêt de cet exercice, souligner témoignages positifs. Passer en revue la liste des croyances négatives et les réponses des participants.	20'		
Temps 2 : La schizophrénie – Épidémiologie. – Évolution – Pronostic.	35'		
Temps 3 : Les symptômes – Tour de table questions 1 à 4 du §1 "<i>Exercices d'observation</i>" du document "<i>Séance 01 Exercices pour la séance 02</i>" où chacun liste ce qu'il pense être des symptômes qu'il a observés. – Noter au tableau les réponses et les classer en symptômes positifs, négatifs et généraux. – Définition de la maladie – Description des symptômes (DSM4) et associés (PANSS). – Déficits cognitifs – Déficit motivationnel – Déficit affectif – Biais cognitifs. – Montrer les liens entre les symptômes inscrits sur le tableau et ces déficits. – Démonstration du trombone. – Défaut d'insight, total ou partiel.	45'		
PAUSE	15'		
Temps 4 : Les causes – Tour de table sur la question 5 des "<i>Exercices d'observation</i>" pour que chacun dise les causes auxquelles il pense. – Exposer l'état des connaissances sur l'origine de la schizophrénie. – Exposer ce qui se passe dans le cerveau. – Première introduction du modèle qui sert à expliquer les symptômes. Montrer le rôle de la dopamine. Si possible projeter les schémas du cerveau sur un écran.	45'		

Tableau XIV : Planning résumé de la séance 2 : « suite »

Thèmes à traiter Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction	Durée	Cumul	Animation
Temps 5 : Les rechutes, facteurs annonciateurs et facteurs favorisants – Faire les exercices 1 et 2 dans les <i>"Documents durant la séance 02"</i>. Distribuer un exemplaire À chaque participant. (Document : <i>"Séance 02 Documents pour séance 02"</i>), puis un débriefing au tableau. – Commencer l'exercice 3. – Proposer de continuer l'exercice 3.	30'		
Temps 6 : Résumé de ce qu'on a vu et annonce de la prochaine séance, distribution des documents Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	20'		
Totale Max	4H00		

Tableau XV : SÉANCE 3 : LES TRAITEMENTS DE LA SCHIZOPHRÉNIE :

Objectifs	1. Objectifs généraux • La compréhension du traitement de la schizophrénie • Comprendre la fonction d'agent thérapeutique que la famille peut exercer avec compétence dans ses relations avec la personne malade. 2. Objectifs secondaires : • Comprendre le rôle des médicaments dans le traitement de la schizophrénie, les notions d'effets recherchés et d'effets secondaires. • Comprendre la nature et le rôle des thérapies psychologiques, psychosociales et de réadaptation, le rôle de l'hospitalisation et de l'hébergement. 3. Objectifs de connaissances • Faire Un rappel des questions du "questionnaire d'évaluation des connaissances" qui se rapportent aux thèmes de traitements de schizophrénie.
Moyens	1. Contenu de la séance : donnera aux animateurs non médecins des notions de base qui leur permettront de faire face aux questions. 2. Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3. Fiche d'animation : c'est un document qui décrit ce qui sera fait et dit durant la séance avec le plan résumé. 4. Exercices pour la prochaine séance, document : "Séance 03 Exercices pour séance 04" du Manuel des exercices 5. Révision des séances 2 et 3, documents : "Séance 03A Révision individuelle séances 0203" du Manuel des exercices.
Contenu de la séance	I. Les traitements psychosociaux et de réadaptation 1. La thérapie de soutien 2. Les thérapies spécialisées 3. L'entraînement aux aptitudes sociales 4. La réadaptation par le travail 5. Le soutien aux proches 6. Les thérapies familiales 7. L'hospitalisation 8. L'hébergement II. Le traitement biologique : pharmacothérapie 1. Antipsychotiques 2. Antipsychotiques classiques (typiques) 3. Antipsychotiques atypiques 4. Effets secondaires 5. Tableau des effets secondaires des antipsychotiques 6. Compliance (observance du traitement) III. Prise en charge intégrée d'un malade

Tableau XVI : Planning résumé de la séance 3 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction			
Temps 1 : Accueil et révision de ce qui a été vu la dernière fois – Questions de connaissance et Exercices d'application – Exercices sur les signes précurseurs et savoir y faire face – Rappel des consignes et annonce du plan de la séance	40'		
Temps 2 : les traitements médicamenteux – Tour de table sur les traitements – Tour de table sur les effets secondaires – Révision des notions importantes à savoir (pancartes OUI/NON) – Problème de la compliance au traitement – L'avenir des traitements – Les thérapies alternatives et la façon de prouver l'efficacité	60'		
PAUSE			
Temps 3 : Prise en charge d'un patient	65'		
Temps 4 : Fiches révision des séances 2 et 3	15'		
Temps 5 : Résumé de ce qu'on a vu, préparation de la séance 4 et distribution des documents	30'		
Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	30'		
Total max	4h00		

Tableau XVII : SÉANCE 4 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS EN COMMUNICATION

Objectifs	Objectifs généraux • Prendre conscience aux familles de l'importance d'une bonne communication • Faire découvrir aux familles les principes d'une communication efficace et entraîner leurs habiletés. Objectif secondaire : • Favoriser un changement comportemental, en faisant rendre explicite le désir de changer.
Moyens	1) Contenu de la séance : donne quelques principes de bonne communication et contient la description des moyens mnémotechniques qui doivent être appris. 2) Le guide d'animation qui comprend - o La fiche de préparation de l'animation. - o Une fiche d'animation qui contient une proposition de plan d'organisation de la séance avec les différents points et jeux de rôle qui doivent être abordés. - o Une fiche contenant les compléments d'animation. 3) Les exercices pour la prochaine séance, document : "Séance 04 Exercices pour séance 05" du Manuel des exercices. 4) La fiche utilisable pour faciliter la communication entre le malade et son médecin, que les parents peuvent utiliser pour l'aider à préparer plus efficacement ses entretiens qui se trouve dans le Manuel du participant, document : "Séance 04 Résumé" § 4.9 Fiche pour faciliter l'entretien de votre proche avec le médecin".
Contenu de la séance	- La communication - Être court et précis - Exprimer la satisfaction - Exprimer l'insatisfaction - Le concept des "émotions exprimées" - Savoir écouter - Implications des déficits cérébraux sur la communication - o Dysfonctionnement de l'hippocampe - o Dysfonctionnement de l'amygdale - o Dysfonctionnement du cortex préfrontal - Moyens mnémotechniques qui doivent être appris - o La règle générale de bonne communication FFSSS - o La règle des 4S - o Façon efficace d'exprimer une insatisfaction - Résumé sur la communication

Tableau XVIII : Planning résumé de la séance 4 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction.			
Accueil, informations diverses	5'	5'	
Temps 1 : Rappel séance précédente, questionnaire de révision	30'	35'	
Temps 2 : Répondre aux exercices préparés pour la séance 4 - Exercices de révision 1' 30'' - Exercices de mise en pratique 5' + 5' = 10' - Exercices d'observation et de réflexions, (+exercice sur les échelles de cotations qui est facultatif) 15' - Exercices sur l'identification d'un problème 18' (20secondes par question et par participant). Un animateur écrit sur une feuille les situations pour en rediscuter lors d'une prochaine séance, l'autre écrit les situations au tableau.	45'	1h20	
Temps 3 : Lister les solutions	15'	1h35	
Temps 4 : Analyser les solutions	10'	1h45	
Temps 5 : Connaître les règles de communication efficace Difficultés liées à la maladie et conséquences (FFSSS, 4S, manifester insatisfaction et répéter compatible Avec 4S) 25 mn Exercice1, formuler positivement : 4mn– Exercice2, formuler positivement : 3mn - Exercice3, gérer une demande stéréotypée : 2 mn	30'	2h55	
Temps 6 : Écoute active - Ecoute active exercice 4 : 15 mn– Ecoute attentive : exercice 5 des 2 cercles (4 tours) : 25 mn	40		
PAUSE	15'	3h10	
Temps 7 : Les blocages de l'écoute : faire de l'écoute réflexive Exercice 6 (modèle) : 5 mn– Exercice7:2par2:10mn– exercice 8 : 1animateur + 1 participant : 10 mn	25	3h35	
Temps 8 : Conclusion et distribution des exercices pour la prochaine fois - Distribution des exercices– Puis distribution des cartons puis des enveloppes - Puis distribution des résumés - Puis distribuer les questionnaires de satisfaction Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	25'	4h00	
Total max	4H00		

Tableau XIX : SÉANCE 5 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS EN COMMUNICATION (2)

Objectifs	Les mêmes objectifs de la 3eme séance : • Prendre conscience aux familles de l'importance d'une bonne communication • Faire découvrir aux familles les principes d'une communication efficace et entraîner leurs habiletés.
Moyens	1) Contenu de la séance : donne quelques principes de bonne communication et contient la description des moyens mnémotechniques qui doivent être appris. 2) Le guide d'animation qui comprend : • La fiche de préparation de l'animation • Une fiche d'animation qui contient une proposition de plan d'organisation de la séance avec les différents points et jeux de rôle qui doivent être abordés • Une fiche contenant les compléments d'animation. 3) Le questionnaire de révision individuelle à remplir à la maison et à envoyer par la poste : "Séance 05A Révision individuelle séances 04-05" du Manuel des exercices.
Contenu de la séance	1) Augmenter la motivation du malade a. La règle des 4P b. Pourquoi la règle des 4P est-elle utile ? 2) Technique de résolution de problème 3) Les échecs de la communication

Tableau XX : Planning résumé de la séance 5 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction.	5'	5'	
Accueil, informations diverses			
Temps 1 : Rappel séance précédente, questionnaire de révision Exercice respiratoire (2 mn) Récupérer l'exercice de l'éléphant	22'	27mn	
Temps 2 : Exercice 1 de la chaine téléphonique • 2 mn par participant = 24 mn	28'	55mn	
Temps 3 : Motiver le malade - Présentation de la règle des 4P (10 mn) Exercice 1 pour s'entraîner à appliquer la règle des 4P (8 mn) Exercice 2 la règle des 4P par groupe de 3 (10 mn)	30'	1h25	
Temps 4 : Questions de réflexion	5'	1h30	
Temps 5 : Exercice 3 du stylo	20'	1h50	
Temps 6 : E.ME.N.C.E. D - Introduction et échange 3 mn - Rappel de la règle 6mn : Exercice 4 : quelle est la meilleure réplique (6 mn)	15'	2h05	
PAUSE	15'	2h20	
Temps 7 : E.ME.N.C.E. D (suite) Exercice 5 : pour formuler l'empathie (15 mn) Exercice 6 : Revoir collectivement l'exercice du père Noël (10 mn) Exercice 7 : Exercice d'entraînement par groupe de 2 : (20 mn)	45'	3h05	
Temps 8 : Résolution de problèmes.	40'	3h45	
Temps 9 : Conclusion	10'	3h55	
Temps 10 : Documents à distribuer Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de Satisfaction	5'	4h	
Total max	4h00		

Tableau XXI : SÉANCE 6 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS À POSER DES LIMITES :

Objectifs	• L'acquisition d'habiletés à établir des limites est essentielle aux familles aspirant à une meilleure qualité de vie. • Sensibiliser les familles à l'importance d'établir des limites et elle propose des moyens concrets pour y parvenir. • Lutter contre l'envahissement des familles par la personne malade
Moyens	1) Contenu de la séance : donnera aux animateurs des notions de base sur ce que sont des limites et comment les mettre en place. 2) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3) Fiche d'animation : c'est un résumé qui rappelle ce qui sera fait et dit durant la séance. 4) Réponses aux questions de révision, document : "Séance 05A Correction révision 0405" du Manuel des exercices.
Contenu de la séance	1) Rôle des limites 2) Établir des limites 3) Difficultés à établir des limites 4) Cas des TOC : quelles limites mettre ? 5) Les craintes qui peuvent bloquer la mise en place de limites a. L'agression b. Les fugues c. Risques de suicide

Tableau XXII : Planning résumé de la séance 6 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction. Si besoin, conseiller aux participants d'avoir un classeur avec 14 intercalaires (ou 2 classeurs avec 7 intercalaires) pour bien ranger leurs documents.			
Temps 1 : Accueil et révision de ce qui a été vu la dernière fois - Exercice respiratoire 4-2-4-2x 10 (2mn en tout) - L'animateur donne rapidement les réponses au questionnaire de révision séance 5A fait à la maison (document : "Séance 05A Résumé du Manuel du participant). (8 mn en tout) - (Exercice appel téléphonique) (2 mn) - La reformulation positive, travail par groupe de 2 (8 mn + 8 mn = 16mn) - Demander aux participants les réponses à <i>Comment fait-on une de- mande efficace</i> et évaluer pour chaque participant ce qui a pu être testé depuis la dernière séance sur le plan de la communication et renforcer les changements positifs. (12 mn) - La règle des 4P, des 4S, les principes de l'écoute active (5mn) - Pratique de la règle des 4P : Évaluer pour chaque participant si la règle des 4P a pu être pratiquée comme prévue tous les jours (12 mn)	55'		
Temps 2 : Propositions des participants listées sur un tableau en 2 colonnes	30'		
Temps 3 : Les limites • Enoncer les 3 raisons de poser des limites • Différencier ce qu'est une limite de ce qui ne l'est pas • Donner les 6 mauvaises raisons pour lesquelles on ne met pas de limites • Treize moyens destinés à vous aider à établir des limites • Cas particulier : TOC, et dire de lire le résumé sur l'agression, la fugue et le suicide qui ne sont vus que rapidement en séance.	50'		
PAUSE (Selon la durée du temps 3, la pause peut être mise au milieu du temps 3)	15		
Temps 4 : Entraînement et mise à l'épreuve (Jeux de rôles)	80'		
Temps 5 : Résumé de ce qu'on a vu et distribution des documents Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	10'		
Total max	4H00		

Tableau XXIII : SÉANCE 7 : RÉVISION COLLECTIVE DES SEANCES 4, 5 et 6 –LES HABILLITES DE COMMUNICATION

Objectifs	• Révision sur les habiletés à communiquer et les habiletés à poser des limites • Vérifier l'acquis des connaissances théoriques, préparé avec les réponses au questionnaire • Vérifier les capacités de mise en pratique des règles de communication et des limites
Contenu de la séance	• Détente : tester votre mémoire • Discussion collective des réponses sur la communication • Discussion collective des réponses sur les limites • Test de révision des connaissances • Discussion collective sur la reformulation positive • Discussion collective sur l'entraînement à appliquer la règle des 4P • Entraînement en jeu de rôle • Conclusion et distribution des documents

Tableau XXIV : Planning résumé de la séance 7 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction. Ramasser les questionnaires sur l'humeur			
Temps 1 : Test mémoire : image du forgeron et image des danseurs			
Temps 2 : Discussion collective des réponses sur la communication			
Temps 3 : Discussion collective des réponses sur les limites			
Temps 4 : Test de révision des connaissances (Un Co-animateur remplit la fiche du chapitre "2.4 Fiche de cotation des réponses des participants" et la met dans le classeur Assurance qualité)			
Temps 5 : Discussion collective sur la reformulation positive			
PAUSE			
Temps 6 : Discussion collective sur l'entraînement à appliquer la règle des 4P			
Temps 7 : Entraînement en jeu de rôle			
Temps 8 : Expliquer les questions et exercices pour la prochaine séance			
Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction			
Total max	4H00		

Tableau XXV : SÉANCE 8 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS À GÉRER LA CULPABILITÉ ET L'ANXIÉTÉ

OBJECTIFS	• Aborder les émotions les plus fréquemment perturbantes afin de commencer à voir comment réduire leur impact. • Développer une nouvelle manière d'appréhender le sentiment de culpabilité.
MOYENS	1) Contenu de la séance : donnera aux animateurs les notions qu'ils doivent développer durant la séance. 2) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3) Fiche d'animation : c'est un résumé qui rappelle ce qui sera fait et dit durant la séance et qui est exposé dans la fiche contenu de la séance. 4) Fiche exercices pour la prochaine séance. (Remettre un exemplaire à chaque participant) 5) Fiche de contrôle de la séance (pour garder trace de ce qui a été fait par les participants)
Contenu de la séance	1. Les rôles et la préparation au changement 2. Réduire l'évitement émotionnel excessif 3. La culpabilité • Se sentir coupable : comment cela se traduit-il ? • Le mythe de la famille coupable dans la société • Les conséquences négatives du sentiment de culpabilité • La famille n'est pas responsable de la schizophrénie – Théories dépassées • Conclusion sur la culpabilité d'être la cause de la maladie. • Culpabilité de ne pas en faire assez pour permettre au malade de s'en sortir 4. L'anxiété • Introduction • Description des mécanismes de l'anxiété • Comment réduire l'anxiété

Tableau XXVI : Planning résumé de la séance 8 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction. Temps 1 : Rappel de la séance précédente - (Ramasser la feuille avec le dessin de l'éléphant que chaque participant doit avoir rempli. Sinon trouver un moment pour lui faire remplir)	15'		
Temps 2 : Questions de révision sur des situations	10'		
Temps 3 : Questions sur les rôles	30'		
Temps 4 : Travail sur les souvenirs – photos - Évocation des souvenirs et observation des effets cognitifs, émotionnels, corporels (5 mn) - Apaisement : (Exercice 1 : 3mn + Exercice 2 : 2 mn + Exercice 1 : 10 mn) - Tour de table : 15 mn (1 mn par participant + 3 mn de commentaires des animateurs) - Renforcer auprès de chacun le sentiment de meilleure maîtrise de la souffrance	30'		
Temps 5 : Exercices de réflexion sur la culpabilité	30'		
PAUSE (Selon la durée du temps 3, la pause peut être mise avant le temps 5)			
A la pause, voir auprès des participants ceux qui ont trouvé bénéfique l'exercice de travail sur les souvenirs et qui se sentent plus forts grâce à l'exercice			
Temps 6 : Exercices d'interaction personnelle	20'		
Temps 7 : Information sur la culpabilité	35'		
Temps 8 : Réponses aux questions sur l'anxiété et le stress - Avant de démarrer la séance sur l'anxiété, faire souligner l'intérêt de l'affrontement des émotions en faisant témoigner ceux qui ont eu le sentiment de gagner en maîtrise lors de l'exercice des photos	25'		
Temps 9 : Bilan de la séance - Soulignez l'intérêt de l'affrontement émotionnel	15'		
Temps 10 : Exercices pour la prochaine séance, documents à distribuer - Pour l'exercice de l'emploi du temps, insister auprès des participants pour que le tableau soit correctement et totalement rempli pour la séance 9 - Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	10'		
Total max	4H		

Tableau XXVII : SÉANCE 9 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS À REPÉRER ET À GÉRER SES ÉMOTIONS :

Objectifs	• Permettre aux participants de comprendre comment leurs pensées influencent leurs émotions • Réduire l'influence de pensées dépressiogènes ou anxiogènes. • Améliorer leur confort et leur sentiment d'estime de soi et de confiance personnelle.
MOYENS	1. Contenu de la séance : donnera aux animateurs des notions de base qui leur permettront de faire face aux questions. 2. Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3. Fiche d'animation : c'est un document qui décrit ce qui sera fait et dit durant la séance avec le plan résumé. 4. Les exercices à faire pendant la séance : "Séance 10 – Documents pendant séance 10". 5. Les exercices pour la prochaine séance : "Séance 10 – Exercices pour séance de révision 11" du Manuel des exercices. 6. Résumé de la séance à lire à la maison : "Séance 10 – Résumé".
CONTENU DE LA SEANCE	1. Action directe sur les émotions 2. Actions indirectes par action sur le comportement 3. Action indirecte par action sur nos pensées 4. Stratégie à mettre en place pour découvrir et adapter ses schémas de pensées

Tableau XXVIII : Planning résumé de la séance 9 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction. Accueil, informations diverses	10'		
Temps 1 : Rappel séance précédente et révision des exercices Débriefing de la séance précédente et interroger les participants sur la pratique de l'exercice respiratoire appris. . Correction des exercices demandés. Analyse des croyances sur les soucis	40'		
Temps 2 : Utilisation de la musique comme générateur d'émotion Préparer les participants à pouvoir parler des émotions et de leurs conséquences grâce à l'utilisation de la musique comme générateur d'émotion. 1. Écouter 4 morceaux de musique : 15 mn maxi 2. Recueillir les émotions de chacun à l'écoute de ces morceaux : 20 mn maxi (2 mn par participant)	30'		
Temps 3 : Bilan de l'emploi du temps de la semaine Attention : Ne pas passer trop de temps sur ce point. Si certains participants n'ont pas rempli complètement le tableau, n'essayer pas de le faire durant la séance. Bilan de l'emploi du temps de la semaine de chacun pour évaluer les comportements et déceler éventuellement des anomalies manifestes susceptibles de générer un épuisement et un manque de satisfaction et favoriser un comportement correctif. 1. Recueillir la répartition des activités chez chacun : 20 mn maxi (2 mn par participant) 2. Explication sur l'idéal de répartition (3 mn) et proposition d'exercice pour la prochaine fois	25'		
PAUSE	20'		
Temps 4 : Exercice de rire	7'		
Temps 5 : Apprendre à différencier les sentiments Recueillir les observations de chacun (exercice posé la séance précédente : 30 mn (3 mn par participant) 1. Quels sont les sentiments que vous vivez et qui font que vous vous sentez bien ? 2. Quels sont les sentiments que vous vivez et qui vous font vous sentir malheureux ou simplement pas bien ? 3. Selon vous, y'a-t-il des moyens de faire face aux différents sentiments qui nous animent ? Comment peut-on s'aider ? 4. Reprise des réponses et explication sur les sentiments (10 mn)	35'		

Tableau XXIX : Planning résumé de la séance 9 : « suite »

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Temps 6 : Comprendre comment fonctionnent les émotions Explication de la triade émotions–cognitions–comportement et de la souffrance Durée Cumul	20'		
Temps 7 : Apprendre à réduire l'impact des émotions excessives <i>Diminuer l'intensité des émotions</i> Actions corporelles et sensorielles (musique, odeurs, bains et douche, yoga, relaxation, chant, exercice physiques) Actions sur les ressources de calcul (tir à l'arc, méditation, mots croisés, exercice du grain de raisin sec) Action sur les ressources de mémoire et sur l'imagerie mentale (corriger la mémoire négative) <i>Réduire les influences négatives des émotions sur le comportement et la cognition</i> Comprendre la normalité à ressentir certaines émotions Donner les 4 règles à appliquer <i>Savoir penser sans être gêné par les émotions.</i> Expliquer comment les émotions peuvent gêner la pensée et faire des exercices pour apprendre à penser En sachant voir les différents aspects d'un problème. Distribuer la fiche aux participants Travail sur les situations d'entraînement à analyser Exercice collectif d'imagerie mentale Exercice collectif sur les situations à analyser	40'		

Tableau XXX : Planning résumé de la séance 9 : « suite »

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Temps 8 : Faire résumer les points forts de la séance par les participants et insister sur les points forts. Bien rappeler que les émotions de colère et de culpabilité sont normales et tout à fait habituelles. Attention, avoir un sentiment de culpabilité ce n'est pas être coupable. Ceci dit, ces émotions peuvent faire souffrir, et entraîner des jugements inadaptés. Il faut donc les repérer, en reconnaître la normalité et apprendre à les gérer pour ne pas en être gêné. S'interdire des émotions est néfastes car on ne peut pas les empêcher et cette interdiction que nous nous imposons en vain créera un sentiment d'échec supplémentaire. Une émotion, ce n'est pas une action volontaire. On n'en est pas directement responsable et un jugement moral en termes de "c'est bien" ou "c'est mal" est inadapté. Il faut plutôt accepter la normalité de ses émotions et mettre en place des stratégies adaptées pour qu'elles ne soient pas des gênes ou des souffrances. "Il est bien" d'apprendre à reconnaître ses émotions, à les accepter et à mettre en place des stratégies de gestion. Exercices pour la prochaine fois : Résumé à lire et questionnaire à remplir (insister pour que ce soit fait) Exercice avec le dessin de l'éléphant à faire Ne pas oublier la règle des 4P à appliquer 1x/jAjouter 30 mn de loisir actif dans la semaine (Soit 5mn par jour ou 30 mn en une fois ou autre solution) Appeler un(e) ami(e) qui n'a pas été appelé depuis longtemps +++ Imagerie mentale Grain de raisin sec Récupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction.	15'		
Total max	4H00		

Tableau XXXI : SÉANCE 10 :

DÉVELOPPER DES HABILETÉS À GÉRER SES PENSÉES PARASITES ET UNE BONNE ESTIME DE SOI

Objectifs	• Permettre aux participants de comprendre comment leurs pensées influencent leurs émotions • Réduire l'influence de pensées dépressiogènes ou anxiogènes. • Améliorer le confort et le sentiment d'estime de soi et de confiance personnelle chez les participants.
Moyens	1) Contenu de la séance : donnera aux animateurs des notions de base qui leur permettront de faire face aux questions. 2) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 3) Fiche d'animation : c'est un document qui décrit ce qui sera fait et dit durant la séance avec le plan résumé. 4) Les exercices à faire pendant la séance : "Séance 10 – Documents pendant séance 10". 5) Les exercices pour la prochaine séance : "Séance 10 – Exercices pour séance de révision 11" du Manuel des exercices. 6) Résumé de la séance à lire à la maison : "Séance 10 – Résumé".
Contenu de la séance	Action directe sur les émotions Actions indirectes par action sur le comportement Action indirecte par action sur nos pensées Stratégie à mettre en place pour découvrir et adapter

Tableau XXXIII : SÉANCE 11 :
APPROFONDISSEMENT DE LA SÉANCE 10 ET RÉVISION COLLECTIVE DES SÉANCES 8, 9 et 10

OBJECTIFS	• Améliorer la qualité de vie des familles, et faire baisser leur degré de souffrance liée à une mauvaise gestion des émotions et à l'influence de schémas trop rigides. • Faire baisser l'intensité des émotions exprimées et réduire ainsi le stress du malade. • Lever d'éventuels blocages qui les empêchent soit de poser des limites, soit d'utiliser les stratégies de renforcement avec leur proche.
Moyens	1) Utilisent le questionnaire de révision qui a été rempli à la maison et dont les réponses seront examinées lors de la séance afin de vérifier que toutes les notions ont été bien comprises. 2) Vérifient les exercices comportementaux réalisés dans la semaine : – Appliquer la règle des 4P. – Correction du filtrage négatif de la mémoire en notant un événement à émotion positive. – Contacts d'amis/ Augmentation des loisirs. 3) Donnent des compléments d'information sur les façons d'agir en utilisant les schémas. 4) Contenu de la séance : donnera aux animateurs les notions qu'ils doivent développer durant la séance. 5) Fiche de préparation : conseils pour préparer l'animation. Ce document décrit ce qu'il faut faire avant, ce qu'il faut savoir, ce qu'il ne faut pas oublier. 6) Fiche d'animation : c'est un résumé qui rappelle ce qui sera fait et dit durant la séance et qui est exposé dans la fiche contenu de la séance. 7) Fiche exercices pour la prochaine séance. (Remettre un exemplaire à chaque participant) 8) Fiche de présence des participants à la séance (dans le manuel d'assurance qualité)
Contenu de la séance	1. Habiletés à analyser des croyances • Technique d'analyse d'une croyance • Entraînement à l'analyse 2. Facilitation mnésique : développement de contre-pensées • Définition d'une pensée alternative ou contre-pensée • Pratiquer le renforcement mnésique

Tableau XXXIV : Planning résumé de la séance 11 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction.	5'		
Accueil, informations diverses			
Temps 1 : Questionnaire de révision - Difficultés d'application des 4P et des limites (25 mn maximum) - Exercice des 4P (10 mn maximum) - Exercice d'imagerie mentale (5mn maximum) - Discussion sur le remplissage des EPE et flèches descendantes - (40 mn) - --Correction des exercices de révision (réponses OUI-NON) (15 mn) - -- Exercices sur les situations à analyser (25 mn)			
Temps 2 : Rappel du modèle théorique	20'		
PAUSE	20'		
Temps 3 : Stratégies pour mieux gérer les pensées parasites – Habiletés à analyser des croyances Exemple d'analyse d'une croyance Entraînement à l'analyse – Facilitation mnésique : développement de contre-pensées – Définition d'une contre-pensée – Pratiquer le renforcement mnésique			
Temps 4 : Préparation de la prochaine séance	10'		
Temps 5 : Distribution des exercices	5'		
Total max	4H00		

Tableau XXXV : SÉANCE 12 : DEVELOPPER DES HABILITES A AVOIR DES ATTENTES REALISTES.

Objectifs	- Faire prendre conscience aux familles de l'importance de développer des attentes réalistes, que ce soit d'une manière générale ou face à des situations plus spécifiques : l'amitié, l'amour, la sexualité, le mariage, le travail, les voyages. - Prévenir l'apparition de frustrations des familles
Moyens	- Résumé habituel de début de séance - Retour sur les rencontres précédentes traitant des pensées parasites et des émotions - Les questions d'animation dès le début de la rencontre.
Contenu de la séance	- Les attentes des proches - Ajuster les attentes - Retourner à l'école ou au travail après un épisode de schizophrénie ? - Qu'en est-il des amitiés, des amours ? Sont-elles possibles ? - Qu'en est-il de la sexualité des malades schizophrènes ? - Oser rêver de voyages ? D'absences ? Non vraiment, cela n'est plus possible ! - Espérer que le malade prendra son traitement et qu'il acceptera sa maladie ? - Et quoi encore ? À quelles attentes dois-je m'ajuster ?

Tableau XXXVI :Planning résumé de la séance 12 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction.			
Temps 1 : Jeu Quiz- mémoire	20'		
Temps 2 : Bilan de la séance précédente et exercices de révision	60'		
Temps 3 : Gradation des situations intolérables	45'		
PAUSE	15'		
Temps 4 : Exercices d'observation – Les attentes face au proche malade Étudier les attentes proposées	50'		
Temps 5 : Corriger les attentes listées	30'		
Temps 6 : Bilan de la séance	10'		
Temps 7 : Distribuer les documentsRécupérer dans l'urne les questionnaires anonymes de satisfaction	10'		
Total max	4H00		

**Tableau XXXVII : SÉANCE 13 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS À SAVOIR DEMANDER
DE L'AIDE EFFICACEMENT**

Objectifs	➤ Réfléchir sur les façons d'avoir recours à l'aide jugée nécessaire quand se présente une situation difficile : • Faire connaître l'existence d'un certain nombre d'aides. • Donner des stratégies pour obtenir des renseignements sur ces aides et pour pouvoir en bénéficier. ➤ Donner aux participants des habiletés à savoir demander de l'aide, et à savoir s'affirmer. ➤ Développer ce qu'on appelle l'empowerment ou l'auto-efficacité.
Moyens	➤ Les expériences vécues par les familles, heureuses ou malheureuses, ayant trait au besoin d'assistance,
Contenu de la séance	1. Introduction : Agir sur les croyances d'efficacité personnelle 2. Comment demander de l'aide • Identifiez clairement le problème • Demandez aux personnes ce qu'elles peuvent faire avec votre problème • Sachez à qui demander • Demandez au bon moment (quand c'est possible) • Demandez de façon claire, convaincue et convaincante. 3. Ce qu'il faut savoir en cas d'hospitalisation. • Hospitalisation forcée • Intervention de la police • Annexe : législation sur l'hospitalisation forcée en Suisse 4. Comportement en cas de crise

Tableau XXXVIII : Planning résumé de la séance 13 :

[illegible]

Tableau XXXIX : SÉANCE 14 : DÉVELOPPER DES HABILETÉS À SE CONSTRUIRE

UN RÉSEAU DE SOUTIEN

Objectifs	• Sensibiliser les familles sur l'importance de maintenir et de développer des amitiés autour de soi, autant pour le soutien que pour la distraction. • Démontrer l'utilité de maintenir actif un groupe de parents de personnes schizophrènes afin de conserver les possibilités d'échanges et d'entraide. • Engager les participants dans le programme de révision durant l'année qui suit et dans la participation aux séances d'approfondissement.
Moyens	• L'utilisation de techniques motivationnelles (vues lors de différentes séances) qui favorisent : - L'expression chez les participants d'insatisfaction qui suscite l'intérêt d'un changement - l'expression chez les participants de "valeurs personnelles" qui rendent l'engagement désirable - La perception des avantages et inconvénients à changer et à l'engagement associatif, comme les avantages et inconvénients au statu quo - la perception des blocages (émotionnels, cognitifs, comportementaux), qu'ils aident à lever - La perception chez chaque participant des ressources et compétences propres
Contenu de la séance	1. Importance du réseau social 2. L'importance des associations de familles de malades 3. Des raisons pour se mobiliser collectivement : stigmatisation et ignorance ✓ Les stigmates et la discrimination ✓ Qu'est-ce qui peut être fait ? (5 types d'actions possibles) ✓ Personnes célèbres ayant souffert de schizophrénie

Tableau XL : Planning résumé de la séance 14 :

Thèmes à traiter	Durée	Cumul	Animation
Faire passer la liste de présence et distribuer le questionnaire de satisfaction.			
Temps 1 : Introduction et bilan de la séance précédente Ramasser la feuille avec l'exercice de l'éléphant que chaque participant doit avoir fait. Sinon trouver un temps pour qu'il la remplisse avant de faire les questionnaires D'évaluation.			
Temps 2 : Discuter de la réalisation des exercices d'application			
Temps 3 : Discuter de la réalisation des exercices de révision			
Temps 4 : Questions à préparer Puis, si le questionnaire de Coping a été distribué à la séance précédente : Le ramasser et s'assurer qu'il est complet. S'il n'est pas complet, le faire remplir durant la pause			
PAUSE			
Temps 5 : Questionnaires d'évaluation finale du programme			
Temps 6 : Bilan du programme Vérifier l'engagement, décider des dates des rencontres futures			
Temps 7 : Mot de conclusion, (remise éventuelle du diplôme) et de fin de la session			
Total max	4H00		

IV. LIMITES A LA DIFFUSION DU PROGRAMME ET ROLE DES ASSOCIATIONS

Malgré l'accumulation d'études [38] démontrant l'efficacité de la psychoéducation et malgré la recommandation de cette pratique dans de nombreux référentiels, le nombre de familles bénéficiant d'un tel programme serait au mieux de 10 % mais le plus souvent entre 0 et 2 %.

La question qui se pose toujours : Pourquoi une pratique dont l'efficacité est démontrée, dont le coût est modéré, dont la rentabilité économique est avérée [39] n'arrive-t-elle pas à se développer ?

1. Difficultés à développer l'offre

Malgré l'accumulation d'études sur plusieurs décennies qui confirment l'intérêt de la psychoéducation des familles, l'offre est encore très faible.

Peu de professionnels sont formés à cette approche, et même lorsqu'ils sont formés seulement une petite minorité mettrait en application leur formation [40].

Il existe aussi une tendance dominante à utiliser des versions allégées et donc moins efficaces de programmes validés, sous prétexte de manque de temps.

Une autre difficulté à développer l'offre est le manque de soutien financier des organismes de recherche et de l'industrie pharmaceutique.

Le financement des soins obéit à une logique de soins individuels destinés à un malade.

Dans ce modèle culturel dominant, il n'existe pas de ligne budgétaire pour des actions collectives destinées à l'entourage du malade.

2. Difficultés à orienter les familles vers un programme psycho éducatif

On observe que la motivation des professionnels de la santé mentale à orienter les familles vers des programmes psycho éducatifs est habituellement faible.

Il existe deux raisons à cela :

- ❖ La première est l'absence fréquente de connaissance sur l'intérêt de ces programmes ou une incrédulité sur leur impact réel [40].
- ❖ La deuxième est que les familles ne sont que rarement considérées comme des partenaires.

Il suffit d'écouter les témoignages dans les associations de familles pour se rendre compte à quel point le système de santé mental peut-être maltraitant avec les familles [41] et comment les associations de familles ont souvent perçues avec méfiance, voire condescendance.

Il n'est pas rare que les familles soient même purement et simplement ignorées.

Ainsi, une enquête transversale réalisée dans la région Alsace en 2012 a montré que moins de 5 % des familles des malades hospitalisés pour schizophrénie le jour de l'enquête avaient été orientées vers un programme psycho éducatif. Pourtant, plus de 80 % de ces malades hospitalisés avaient d'importants troubles cognitifs nécessitant une aide de l'entourage familial, et par ailleurs un programme psycho éducatif bénéficiant d'une communication importante et régulière à destination de tous les professionnels existe dans la région depuis dix ans.

L'hypothèse d'une scotomisation des familles est soutenue par le fait que dans cette enquête les équipes soignantes ignoraient pour 40 % des malades si un de leurs parents était encore en vie.

3. Difficultés à s'engager

Les familles sont souvent épuisées et donc peu motivées à s'engager pour une formation coûteuse en temps.

De plus, pour certaines familles, une histoire traumatique des rapports avec la psychiatrie et la crainte d'être à nouveau culpabilisées sont dissuasifs. En étant convaincant, il est cependant possible de réduire la réticence de la majorité des familles et d'augmenter significativement leur taux de participation à un tel programme.

4. Rôles des associations :

Les associations permettent à moindre frais de proposer aux familles une aide réelle.

Elle permet d'aider les familles à mieux comprendre les stratégies de soins, savoir mieux s'affirmer, être plus orienté vers l'action, avoir une pensée constructive plutôt que fataliste, mieux gérer ses émotions en encourageant les familles à devenir des militants actifs et efficaces.

Une des caractéristiques du programme Profamille, c'est son lien fréquent avec le milieu associatif.

Dans certains pays il a été mis en place à l'initiative d'associations de familles, et dans d'autres la mise en place du programme Profamille par les professionnels de santé a amené les participants à s'organiser en association comme les associations « schizo Espoir » en Alsace, l'Ilot à Lausanne à Fribourg qui se sont créées car des participants de Profamille voulaient s'engager dans une action associative.

A Marrakech, L'association CHAMSS œuvrant pour la maladie mentale et partenaire essentiel du CHU Mohammed VI et de l'Hôpital Ibn Nafis a participé au recrutement des familles et au déroulement des séances dans un cadre collaboratif et convivial.

V. PERSPECTIVES

- ❖ Relancer le programme Profamille avec d'autres familles
- ❖ Former les animateurs pour une durée de 6 mois
- ❖ Réaliser le programme en relation forte avec les associations de familles
- ❖ Effectuer des réunions autour du programme 1 semaine/3
- ❖ Reconnaître les familles comme partie intégrante de l'accompagnement thérapeutique.
- ❖ La dé-stigmatisation de la maladie grâce à un bien meilleure compréhension de ses causes et de ses conséquences.



CONCLUSION



La prise en charge d'un patient schizophrène par sa famille constitue un fardeau important pour cette dernière, entraînant un impact négatif sur les personnes prenant en charge le malade et sur le patient lui-même. L'éducation thérapeutique des familles de patients schizophrènes s'est avérée être une intervention efficace et positive auprès des patients et de leurs proches à plusieurs niveaux.

Le programme de psychoéducation PROFAMILLE destiné aux familles de patients schizophrènes a été réalisé dans le service de psychiatrie à Marrakech afin de les aider à acquérir une vision réaliste de la maladie, de leur permettre de collaborer activement aux soins, de discuter des problèmes rencontrés au quotidien dans la prise en charge du patient et de proposer des moyens pour y faire face.

L'efficacité du programme Profamille est démontrée par plusieurs études, ce que confirme la nôtre. Il semble donc important de maintenir la structure actuelle du programme parce que, même si elle est dense et demande beaucoup d'investissement de la part des familles et des animateurs, chaque étape a son importance pour obtenir un changement de comportement.

Toutes nos hypothèses renforcent l'idée que Profamille est un programme qu'il est préférable de réaliser en relation forte avec les associations de familles, car celles-ci peuvent augmenter le développement du programme à deux niveaux : en favorisant la diffusion de l'information sur ce programme et en réduisant la réticence à y participer avec par exemple une offre préalable de groupe de soutien.

Ainsi l'adjonction à Marrakech d'un programme de psychoéducation aux familles des patients souffrant de schizophrénie est importante et a divers effets positifs sur la famille elle-même mais également sur le patient.



Annexe 1

CARACTERISTIQUES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES ET ATTENTES DES PARTICIPANTS AU PROGRAMME PROFAMILLE

Session Profamille N°

Date : / /

Vos nom et prénom ou votre nom fictif :

Votre âge :

Votre sexe (entourez la bonne réponse) : Homme – Femme

Possédez-vous une voiture ? (Entourez la bonne réponse) OUI NON

Combien de temps environ mettez-vous pour venir aux séances du programme Profamille ?

.....

La plupart du temps, est-ce que vous utiliserez des transports en commun pour assister aux séances du programme Profamille ?

OUI

NON

A combien de kilomètres environ du lieu où se déroule Profamille habitez-vous ?km

Habitez-vous (entourez la bonne réponse) ?

Dans une grande ville

Dans une ville moyenne

En milieu rural

Zone géographique où vous habitez ?

(Remarque : Ces renseignements ne sont pas pris en compte dans les données d'évaluation. Ils servent uniquement à l'équipe Profamille locale pour repérer d'où viennent les participants.)

Pour la France :

Département (numéro) :

Canton (nom du chef-lieu) :

Autres pays :

Région (nom du chef-lieu de la région) :

Votre dernier métier exercé (si vous n'avez jamais exercé aucun métier, mettez « aucun »)...

Votre dernier diplôme obtenu (si aucun, mettez « aucun ») :

Votre statut professionnel actuel (Entourez la bonne réponse) :

Retraité

Effectue un travail rémunéré à temps complet

Effectue un travail rémunéré à temps partiel

Congé maladie de longue durée ou invalidité

Recherche d'emploi

Homme/Femme au foyer

Autre (préciser) :

Votre statut familial :

Vit en couple (pas nécessairement marié)

OUI

NON

Nombre de personnes vivant dans votre foyer

(y compris vous et y compris la personne malade si elle vit dans le foyer)

Vous venez à Profamille car vous avez un ou plusieurs de vos proches souffrant de schizophrénie ou de troubles apparentés (enfants, conjoint, frères ou sœurs, parents).

Combien de vos proches souffrent de ce genre de troubles ?

Combien avez-vous d'enfants ?

Combien avez-vous d'enfants qui souffrent peut-être de schizophrénie ou troubles apparentés ?
.....

Quelqu'un d'autre de votre famille et qui a des contacts avec le(s) malade(s) qui vous concerne(nt) a-t-il avant vous déjà fait Profamille ?(entourez la bonne réponse)

OUI

NON pas à ma connaissance

Avez-vous déjà participé au programme Profamille dans le passé ?

OUI

NON

Si oui, il y a combien d'années ?i

Avez-vous déjà participé à un autre programme structuré destiné aux familles ?

OUI

NON

Si OUI, lequel ?

Depuis combien de temps environ avez-vous entendu parler de Profamille ?

Annexe 2

ÉCHELLE 1 : Échelle CES-d, impressions ressenties				
Les impressions suivantes sont ressenties par la plupart des gens. Pourriez-vous indiquer la fréquence avec laquelle vous avez éprouvé les sentiments, les pensées ou les comportements présentés dans cette liste sur les 7 derniers jours ?				
Durant les 7 derniers jours : Cocher la case correspondante à la fréquence	Jamais ou très rarement (moins de 1 jour)	Occasionnelle ment (1 à 2 jours)	Assez souvent (3 à 4 jours)	Fréquemment ou tout le temps (5 à 7 jours)
J'ai été contrarié(e) par des choses qui d'habitude ne me dérangent pas				
Je n'ai pas eu envie de manger, j'ai manqué d'appétit				
J'ai eu l'impression que je ne pouvais pas sortir du cafard, même avec l'aide de ma famille et de mes amis				
J'ai eu le sentiment d'être aussi bien que les autres				
J'ai eu du mal à me concentrer sur ce que je faisais				
Je me suis senti(e) déprimé(e)				
J'ai eu l'impression que toute action me demandait un effort				
J'ai été confiant(e) dans l'avenir				
J'ai pensé que ma vie était un échec				
Je me suis senti(e) craintif(ve)				
Mon sommeil n'a pas été bon				
J'ai été heureux(se)				
J'ai parlé moins que d'habitude				
Je me suis senti(e) seul(e)				
Les autres ont été hostiles envers moi.				
J'ai profité de la vie				
J'ai eu des crises de larmes				
Je me suis senti(e) triste				
J'ai eu l'impression que les gens ne m'aimaient pas				
J'ai manqué d'entrain.				
Il m'a été facile d'entrer en relation avec les autres				
Je me suis senti(e) isolé(e) des autres				
J'ai pu partager mes sentiments avec quelqu'un				
Quand j'ai été avec d'autres personnes, je me suis senti(e) absent(e)				
Il m'est arrivé de me disputer avec mon proche malade				
Il m'est arrivé de ruminer des pensées déplaisantes				

Annexe 3

ÉVALUATION DES CONNAISSANCES

D'après ce que vous avez appris durant le programme ou selon vous si vous ne vous souvenez plus, quel est la probabilité de rechutes de votre proche malade dans les 10 ans qui suivent Profamille :

0% à 40%

20% à 60%

60% à 100%

Dans le questionnaire qui suit, nous vous présentons quatre histoires qui montrent des personnes souffrant de schizophrénie et vivant avec leur famille. Il arrive différents événements et, par rapport à ce qui se passe, nous vous demandons de dire si vous êtes d'accord ou non avec un certain nombre d'affirmations. Pour vous aider à répondre, essayez de bien imaginer la scène ou, mieux encore, mettez-vous à la place des personnes que nous vous présentons.

Nous vous proposons des phrases et vous devez nous dire si vous êtes :

Tout à fait d'accord

Plutôt d'accord

Plutôt en désaccord

Tout à fait en désaccord

Encerclez alors la réponse correspondante à ce que vous pensez, comme cela :

☒ Tout à fait d'accord

☐ Plutôt d'accord

☐ Plutôt en désaccord

☐ Tout à fait en désaccord

MISE EN SITUATION No 1 (anonyme)

MISE EN SITUATION No 2 (anonyme)

MISE EN SITUATION No 3 (anonyme)

MISE EN SITUATION No 4 (anonyme)

ANNEXE 4

QUESTIONNAIRE DE COPING

Entourez ce qui correspond à votre réponse pour chaque question (dans les questions, X désigne la personne malade).

Quand c'est possible, je demande qu'on me dise comment me comporter avec X.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X fait quelque chose de faux, je suis habituellement capable de lui dire tranquillement ce que je n'aime pas.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'ai mes propres centres d'intérêt.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X a l'air nerveux(se) ou anxieux(se), j'essaie de le(la) faire s'asseoir et de lui faire dire ce qui ne va pas et j'essaie d'être rassurant(te).

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je fais des pauses pour penser à mes propres besoins et à mes propres intérêts.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je dis à X des choses qui le (la) fâchent.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Les problèmes de X ne sont pas les seules choses importantes dans ma vie. Il y a aussi d'autres choses importantes dans ma vie.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X parle de manière insensée, je crie pour couper court.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'ai pensé à déménager à cause des problèmes de X.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X fait quelque chose de faux, j'ai tendance à perdre mon calme sans penser aux conséquences.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'évite X.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je félicite X quand je vois qu'il fait attention à ses habits et à son apparence.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'évite de rester seul(e) en compagnie de X.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X fait quelque chose que j'aime, je lui dis que je suis content(e) ou je le (la) remercie.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je suis capable de sortir et de rencontrer d'autres gens.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

A la maison, nous discutons de problèmes personnels et d'événements en relation avec le travail ou la famille en présence de X et nous essayons de l'impliquer dans la discussion.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je crois que la seule possibilité que la situation s'améliore serait un miracle.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand je constate que X reste seul, j'essaie de l'encourager à rencontrer ses amis.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand X parle de manière étrange ou insensée, j'ai tendance à me quereller avec lui.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je n'ai plus l'énergie de faire face, j'attends juste que les événements surviennent.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Quand c'est possible, j'essaie d'apprendre autant que je peux à propos de la maladie de X.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'essaie d'intéresser X à quelque chose qui soit plaisant pour lui.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

Je suis capable de rester calme même quand X fait des choses qui m'irritent ou me gênent significativement.

1 toujours 2 souvent 3 de temps en temps 4 rarement 5 jamais

J'ai bien vérifié avoir répondu à TOUTES les 23 questions du questionnaire.

OUI

NON

Annexe 5

ÉCHELLE 2 : JUGEMENTS – CROYANCES				
CONSIGNES : Cochez la case correspondant à la réponse choisie.				
La question porte chaque fois sur votre opinion concernant ces croyances ou jugements. Comme votre opinion a pu changer avec le temps, nous vous demandons votre opinion actuelle.				
	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux
B1) J'ai l'impression que les autres ont tendance à ne pas se rendre compte de ce que je fais pour eux				
B2) Notre monde devient de plus en plus inhumain				
B3) J'évite d'être déçu en ne me donnant pas d'objectif à atteindre				
B4) J'ai l'impression qu'on ne me juge pas à ma juste valeur				
B5) Se reconnaître déprimé, c'est baisser les bras				
B6) J'ai l'impression que les autres ont tendance à me prendre pour un naïf ou une « bonne poire »				
B7) J'essaie de ne plus rien attendre des autres pour ne pas souffrir				
B8) Mes proches ont tendance à ne pas me manifester beaucoup d'affection				
B9) Je me bats avec force pour éviter de sombrer dans la dépression				
B10) J'ai l'impression que les autres ont tendance à être souvent froid ou distant avec moi				
B11) Je pense qu'il vaut mieux éviter de s'attacher pour éviter d'être déçu				
B12) Je pense qu'il vaut mieux ne pas se confier pour éviter d'être trahi				
B13) Je ne peux pas me reposer car je n'ai pas le choix.				
B14) Je serai prêt(e) à me sacrifier pour les autres				
B15) Si j'échoue dans une chose que j'entreprends, cela risque de m'anéantir				
B16) Si les autres avaient vécu les mêmes choses que moi, il est probable qu'ils ne s'en seraient pas sortis aussi bien				
B17) C'est grâce à ma volonté que je ne déprime pas				
B18) Ne pas demander de l'aide évite les déceptions				
	Totalement vrai	Plutôt vrai	Plutôt faux	Totalement faux
B19) Mon tempérament perfectionniste est une source de fierté pour moi				
B20) Je me force à faire les choses par devoir				
B21) Je suis pessimiste par principe pour éviter d'être déçu				
B22) Je pense que si j'étais mieux soutenue dans mes choix, les choses iraient mieux				
B23) Il est de plus en plus difficile de pouvoir compter sur les autres				
B24) En général, il vaut mieux ne rien faire que de faire « à peu près »				
B25) En général, il vaut mieux se méfier des autres				
B26) L'espoir crée plus de souffrances que de plaisir				



Résumé :

En psychiatrie, l'accompagnement des familles de patient souffrant de maladie chronique et invalidante, comme la schizophrénie, est devenu incontournable. A Marrakech, le programme psycho éducatif Profamille a commencé en février 2016. Ce travail cherche à évaluer l'impact clinique et socio-relationnel du programme sur le devenir du patient.

L'étude est Interventionnelle avant-après sur le groupe de familles ayant bénéficié du programme Profamille dans sa totalité.

Un premier groupe de données est extrait des questionnaires du réseau Profamille remplis par les participants tout au long du programme.

Plusieurs critères sont mesurés pour évaluer la rechute clinique du patient mais aussi son fonctionnement global et apprécier l'évolution de la relation avec sa famille.

Les données des questionnaires du réseau Profamille concernant un échantillon de 19 patients réalisés pour l'étude sont exploités.

Au début les jugements des sujets marocains concernant la maladie étaient nettement moins adaptés que la moyenne comparée à la fin du programme.

Ceci tend à prouver que même s'il y a initialement des différences culturelles entraînant plus de jugements inadaptés, après Profamille cette différence s'estompe considérablement.

On voit également que l'amélioration des scores de connaissance

Cette amélioration plus importante montre que bien que partant de scores initiaux plus bas, les familles marocaines arrivent à compenser.

L'analyse sur 14 participants montre que 58% soit 13 participants évalués ont amélioré leur humeur sauf un participant.

Cette amélioration est statistiquement significative (Test non paramétrique bilatéral de wilcoxon sur données appariées, $p < 0.0004$).

Le programme psycho éducatif Profamille permet une amélioration clinique du patient en diminuant les rechutes et la symptomatologie et il permet aussi une évolution favorable du fonctionnement global du patient. L'impact positif concerne également la relation entre le patient et sa famille ce qui favorise une confiance et une écoute réciproques.

Des études supplémentaires sont nécessaires pour évaluer les raisons de la faible utilisation du programme Profamille qui a pourtant montré son efficacité. Il paraît nécessaire d'améliorer la diffusion de ce programme et de rendre son application systématique dans les services de soins destinés au patient souffrant de schizophrénie.

ABSTRACT:

In psychiatry, the accompaniment of the families of patients suffering from invalidating and chronic illnesses such as schizophrenia, has become unavoidable. In Rennes, the Profamille family psycho-educational program is in place since February 2016. The aim of this study is to evaluate the clinical and socio-relational impact of this program on the patient's future.

This is an interventional study on the first family groups who benefited from the full Profamille program, which lasted 6 months.

A first batch of data is extracted from Profamille questionnaires, which have been filled out by the participants throughout the program. Several criteria are measured to assess the patient's clinical relapses and also his global functioning, and to evaluate the evolution of his relationship with his family.

The data from the Profamille questionnaires represent a sample of 19 patients, prepared questionnaires have been analyzed.

At first the Moroccan subjects' judgments concerning the disease were much less adapted than the average compared to the end of the program.

This tends to prove that even if there are initially cultural differences leading to more inappropriate judgments, after Profamille this difference fades considerably.

We also see improvements in knowledge scores, this larger improvement shows that although starting from lower initial scores, Moroccan families can compensate.

The analysis of 14 participants shows that 58% or 13 evaluated participants improved their mood except for one participant.

This improvement is statistically significant (nonparametric test of wilcoxon on paired data, $p < 0.0004$).

The Profamille psychoeducational program allows a clinical improvement of the patient by decreasing relapses and symptomatology and it also allows a favorable evolution of the overall functioning of the patient. The positive impact also affects the relationship between the patient and his family, which promotes mutual trust and understanding.

Additional studies are needed to evaluate the reasons for the low use of the Profamille program, which has shown its effectiveness. It seems necessary to improve the dissemination of this program and to make its application systematic in the care services for the patient suffering from schizophrenia.

The Profamille Psycho-educational program enables a clinical improvement of the patient by reducing the relapses and the symptomatology, and also enables a favorable evolution of the global functioning of the patient. The positive impact also concerns the relationship between the patient and his family, by enabling the promotion of mutual trust and listening.

Additional studies are necessary to assess the reasons of the small use of the Profamille program, which has proved its effectiveness. It seems necessary to improve the promotion of the program, and to make its application systematic in the care services for patients suffering from schizophrenia.

ملخص

في الطب النفسي، أصبحت مرافقة عائلات المرضى الذين يعانون من مرض مزمن وعاجل، مثل الفصام، لا مفر منه. في مراكش، بدأ برنامج «PROFAMILLE» للتوعية النفسية في فبراير 2016 .

يهدف هذا العمل إلى تقييم التأثير السريري والاجتماعي للعلاقة على مستقبل المريض.

الدراسة هي تدخلية المسبقة على مجموعة من الأسر التي استفادت من برنامج Profamille في مجمله.

يتم استخراج أول مجموعة من البيانات من استبيانات شبكة Profamille التي أكملها المشاركون خلال البرنامج.

يتم قياس عدة معايير لتقييم الانتكاس السريري للمريض ولكن أيضا أدائه العام ونقدر تطور العلاقة مع عائلته.

تستند البيانات المستقاة من استبيانات Profamille على عينة من 19 مريضاً تم إجراؤها للدراسة.

في البداية، كانت أحكام الموضوعات المغربية المتعلقة بالمرض أقل تكيفاً بكثير من المتوسط مقارنة بنهاية البرنامج.

هذا يميل إلى إثبات أنه حتى لو كانت هناك اختلافات ثقافية في البداية تؤدي إلى أحكام غير ملائمة أكثر، بعد

Profamille يتلاشى هذا الاختلاف بشكل كبير.

كما نرى تحسينات في درجات المعرفة؛ يظهر هذا التحسن الأكبر أنه على الرغم من البدء من انخفاض

الدرجات الأولية، يمكن للعائلات المغربية التعويض.

وبين تحليل 14 مشاركاً أن 58٪ أو 13 مشاركاً من المشاركين قد حسّنوا مزاجهم باستثناء مشارك واحد.

هذا التحسن ذو دلالة إحصائية (اختبار اللامعلمية من wilconxon على البيانات المقترنة،

$p < 0.0004$).

يسمح برنامج « PROFAMILLE » للتخدير النفسي بتحسين سريري للمريض من خلال تقليل الانتكاسات

و الأعراض كما أنه يسمح بتطور إيجابي في الأداء العام للمريض.

يؤثر التأثير الإيجابي أيضاً على العلاقة بين المريض وعائلته، مما يعزز الثقة والتفاهم المتبادلين. هناك حاجة لدراسات إضافية لتقييم أسباب انخفاض استخدام برنامج Profamille ، والذي أظهر فعاليته. يبدو من الضروري تحسين نشر هذا البرنامج وجعل تطبيقه منهجياً في خدمات الرعاية للمريض الذي يعاني من الفصام.



BIBLIOGRAPHIE



1. **Favrod J, Bonsack C.**
Qu'est-ce que la psychoéducation ?
Sante Ment 2008;126:26-32.
2. **Petitjean F.**
Les effets de la psychoéducation.
Ann Med Psychol 2011;169: 184-7.
3. **Favrod J, Rexhaj S, Bonsack C.**
Psychoéducation et parcours de rétablissement.
Sante Ment 2014;24-9.
4. **Davtian H, Scelles R.**
Penser la formation des familles et de l'entourage d'une personne atteinte de schizophrénie.
Ann Med Psychol 2014;172(9):735-40.
5. **Gazzaniga MS, Ivry RB, Mangun GR.**
Neurosciences cognitives : la biologie de l'esprit.
Paris: De Boeck &Larcier; 2001
6. **Magliano L, Fiorillo A, Fadden G, et al.**
Effectiveness of a psycho educational intervention for families of patients with schizophrenia: preliminary results of a study funded by the European Commission.
*World Psychiatry*2005; 4:45-9.
7. **Pharoah F, Mari J, Rathbone J, et al.**
Family intervention for schizophrenia.
*Cochrane Database Syst Rev*2010 ;(12)
8. **Bonsack C, et al.**
Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites.
Ann Med Psychol (Paris) (2015).
9. **Bonsack et al.**
Psychoéducation : définition, historique, intérêt et limites Psychoéducation : Définition, history, interest and limits
Annales Médico-Psychologiques 173 (2015) 84
10. **Tramier V, Petitjean F, Nouat E, Tschan C, Carpentier H**
E valuation des besoins des patients et éducation thérapeutique.
Ann Med Psychol 2013; 171:567-73.

11. **Brazo P, Simonet M, Dollfus S.**
Approche cognitivo-comportementale des patients présentant un premier épisode psychotique. *Ann Med Psychol* 2009;167:158-66.
12. **Favrod J, Crespi S, Faust JM, Polari A, Bonsack C, Conus P.**
A psychoeducation tool for patients with first-episode psychosis.
Acta Neuropsych 2011;23:75-7
13. **Favrod J, Rexhaj S, Bonsack C.**
Psychoéducation et parcours de rétablissement.
Sante Ment 2014;24-9.
14. **Réseau Profamille.**
Guide de l'animateur, version V3.1.1. Mai 2011
15. **Valladier E, et al.**
La dépression chez les proches de patients souffrant de schizophrénie : effets longitudinaux sur 8 mois du programme ProFamille.
Encéphale. (2016) :3
16. **Hodé Y, Krychowski R, Beck N, et al.**
Effet d'un programme psycho-éducatif sur l'humeur des familles des malades souffrant de schizophrénie.
*J Ther Comportementale Cogn*2008; 18:104-7.
17. **Dixon LB, Dickerson F, Bellack AS, Bennett M, Dickinson D, Goldberg RW, et al.**
The 2009 schizophrenia PORT psychosocial treatment recommendations and summary statements.
*Schizophr Bull*2010; 36:48-70.
18. **Hooley JM.**
Expressed Emotion and relapse in psychopathology.
*Ann Rev ClinPsychol*2007;3:329-52.
19. **Wearden AJ, Tarrier N, Barrowclough C, Zastowny TR, Armstrong Rahill A.**
A review of expressed emotion research in health care.
ClinPsychol Rev 2000; 20(5).
20. **Brown GW, Monck EM, Carstairs GM, Wing JK.**
Influence of family life on the course of schizophrenic illness.
*Br J Prevent Soc Med*1962; 16:55-68.

21. **Vaughn C, Leff J.**
The measurement of expressed emotion in families of psychiatric patients.
Br J Psychiatr 1976;15:157-65.
22. **N. Bastard J, Duclos, L. Romo, N. Godart**
Place du concept d'émotion exprimée dans les conduites addictives
Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence 65 (2017) 436-441
23. **WineÀ eld HR, Harvey EJ.**
Determinants of psychological distress in relatives of people with chronic schizophrenia.
Schizophr Bull 1993;19:619-25
24. **Barrowclough C, Parle M.**
Appraisal psychological adjustment and expressed emotion in relatives of patients suffering from schizophrenia.
Br J Psychiatry 1997;171:26-30.
25. **Kavanagh DJ.**
Recent developments in Expressed Emotion and schizophrenia.
Br J Psychiatry 1992 ; 160 : 601-20
26. **PARKER, G., HADZI-PAVLOVIC, D., 1990,**
Expressed emotion as predictor of schizophrenic relapse : An analysis of aggregated data,
Psychological Medicine, 20, 961-965.
27. **Tomaras V, Mavreas V, Economou M, et al.**
The effect of family intervention on chronic schizophrenics under individual psychosocial treatment : A 3-year study.
Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2000 ; 35 : 487-93.
28. **Pitschel-Walz G, Leucht S, Bauml J, et al.**
The effect of family interventions on relapse and rehospitalisation in schizophrenia – a meta-analysis.
Schizophr Bull 2001 ; 27 : 73-92.
29. **P. Huguelet**
Emotion exprimée et schizophrénie : évolution du concept et conséquences sur la prise en charge des familles
Rev Med Suisse 2002 ; volume-2.22431

30. **Nugter, A., Dingemans, P., Van der Does, J. W., Linszen, D., & Gersons, B. (1997).**
Family treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenia.
Psychiatry Research, 72(1), 23–31.
31. **Falloon I.**
Family interventions for mental disorders: efficacy and effectiveness.
World psychiatry 2003;2:20–8.
32. **Cottreux J.,**
Les thérapies comportementales et cognitives,
ed. Masson, 2011
33. **Petitjean F,**
Les effets de la psychoéducation,
Annales medico-psychologiques (2010)
34. **Bäumli J, Pitschel-Walz G, Volz A, Engel RR, Kessling W.**
Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study.
J Clin Psychiatry 2007;68(6):854–61.
35. **Y. Hodé**
Psychoéducation des patients et de leurs proches dans les épisodes psychotiques
L'encéphale (2013) supplement 2, S112–S113
36. **Feldmann R, Hornung WP, Prein B, et al.**
Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients.
Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 2002;252(3):115–9.
37. **Uchino T, Maeda M, Uchimura N.**
Psycho education may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder.
Kurume Med J 2012;59(1–2):25–31
38. **Dixon L, Lyles A, Scott J, Lehman A, Postrado L, Goldman H, et al.**
Services to families of adults with schizophrenia from treatment recommendations to dissemination.
Psychiatr Serv 1999; 50:233–8.
39. **Mino Y, Shimodera S, Inoue S, Fujita H, Fukuzawa K.** Medical cost,
Analysis of family psychoeducation for schizophrenia.
Psychiatry Clin Neurosci 2007;61:20–4.

40. **McFarlane WR, McNary S, Dixon L, Hornby H, Cimett E**
Predictors of, dissemination of family psychoeducation in community mental health, centers in Maine and Illinois.
PsychiatrServ 2001;52:935 42.
41. **Dixon L.**
Providing services to families of persons with schizophrenia: present and future.
*J Mental health Policy Econ*1999;2:3 8.

قسم الطبيب

أقسم بالله العظيم

أن أراقب الله في مهنتي.

وأن أصون حياة الإنسان في كافة أطوارها في كل الظروف

والأحوال باذلة وسعي في انقاذها من الهلاك والمرض

والألم والقلق.

وأن أحفظ للناس كرامتهم، وأستر عورتهم، وأكتم سرهم.

وأن أكون على الدوام من وسائل رحمة الله، باذلة رعايتي الطبية للقريب والبعيد،

للصالح والطالح، والصديق والعدو.

وأن أثابر على طلب العلم، وأسخره لنفع الإنسان لا لأذاه.

وأن أوقر من علمني، وأعلم من يصغرني، وأكون أختاً لكل زميل في المهنة

الطبية متعاونين على البر والتقوى.

وأن تكون حياتي مصداق إيماني في سري وعلايتي، نقيّة مما يشينها تجاه

الله ورسوله والمؤمنين.

والله على ما أقول شهيدا

أطروحة رقم 190

سنة 2018

التثقيف النفسي لأسر المرضى المصابون بمرض الفصام

الأطروحة

قدمت ونوقشت علانية يوم 2018/07/11

من طرف

الآنسة انصاف الوافي

المزودة 21 فبراير 1991 بالدار البيضاء

لنيل شهادة الدكتوراه في الطب

الكلمات الأساسية :

تثقيف النفس – الفصام – برنامج بروفامي.

اللجنة

الرئيس

س. آيت بنعلي

السيد

أستاذ في جراحة الدماغ والأعصاب

المشرف

ف. عصري

السيدة

أستاذة في علم النفس

ف. منودي

السيدة

أستاذة مبرزة في علم النفس

إ. عدلي

السيدة

أستاذة مبرزة في علم النفس

الحكام