UNIVERSITE D'ABOMEY- CALAVI

(UAC)

FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

(FASHS)

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

(DP)

LICENCE PROFESSIONNELLE

RAPPORT DE FIN DE STAGE EN PSYCHOLOGIE

OPTION : PSYCHOLOGIE CLINIQUE

Etude clinique d'un cas de trouble bipolaire reçu au service de psychiatrie du CHUD/Borgou

RÉALISÉ PAR :

KPEMASSE Kossi Maurice

MAÎTRE DE STAGE

Dr Anselme DJIDONOU

Professeur titulaire de psychiatrie (UP)

TUTEUR DE STAGE

Dr. Michel MEHINTO

Maître-Assistant des universités/CAMES

Composition du jury

Présidente : Dr. Ornhéilia ZOUNON (Maître-Assistant)

Rapporteur : Dr. Michel MEHINTO (Maître-Assistant)

Examinateur : Dr. Anselme TCHANSI (Assistant)

Mention : Très Bien

Soutenu, le 18 janvier, 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE 1
DEDICACE 3
REMERCIEMENTS 4
SIGLES ET ABREVIATIONS 5
RESUME 6
ABSTRACT 6
INTRODUCTION 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 9
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 28
CONCLUSION 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 39
ANNEXES 42
TABLE DES MATIERES 46

DEDICACE

A :

- Mon père KPEMASSE Léon et ma mère DANSOUKPE Jeanne qui m'encouragent à ne pas me décourager
- Mon épouse AKLOBOGA Nadège et à mes deux filles Nora et Seena

Je dédie ce travail.

REMERCIEMENTS

Nos sincères gratitudes vont à l'endroit de ceux qui, de par leur modeste geste ont contribué à la réussite de ce travail. Nous voudrions leur témoigner ici toutes notre reconnaissance. Il s'agit particulièrement de :

- Docteur Michel MEHINTO, notre tuteur de stage pour sa disponibilité et sa rigueur dans la conduite du présent travail ;
- Docteur Anselme DJIDONOU, Professeur titulaire de psychiatrie, notre maître de stage pour nous avoir permis de partager avec lui, ses connaissances ;
- Tous les enseignants du Département de Psychologie et son corps professoral pour les enseignements donnés ;
- Docteur Sylvie de CHACUS, Maître de Conférences des universités au Département de Psychologie (FASHS/UAC) pour son leadership ;
- Mes frères Augustin, Mathieu et Stève pour leur soutien de tous les jours ;
- Ma chère épouse, pour son soutien moral et spirituel ;
- Mes filles Nora et Seena qui me donnent la force, et la joie de vivre ;
- Vous les membres du jury, pour votre disponibilité à examiner le présent travail ;
- Toutes les personnes qui de près ou de loin, ont contribué à réaliser ce travail par leurs divers apports. Merci infiniment !

SIGLES ET ABREVIATIONS

- DSM-V : The Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders (Manuel diagnostique et statistique des trouves mentaux
- CHUD : Centre Hospitalier Universitaire Départemental
- TB : Trouble Bipolaire
- APA : American Psychiatric Association
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- DSM V-TR : The Diagnostic and Statistical Manuel of mental disorders, Fifth Edition, Text Revision

RESUME

Les troubles bipolaires sont devenus des maladies chroniques et fréquentes selon les statistiques. C'est une pathologie qui se manifeste généralement tôt (avant 30 ans) dans la vie d'un individu et qui est souvent diagnostiquée plus tard. Selon le DSM-V, il existe trois types de troubles bipolaires distingués en fonction de la récurrence des épisodes maniaques et dépressifs. Le présent rapport de stage qui s'intéresse à cette thématique, s'appesantit sur une étude de cas clinique. Le service de psychiatrie du Centre Hospitalier Universitaire Départemental (CHUD) du Borgou a servi de cadre pour la collecte des données qui s'est faite grâce aux techniques d'entretien clinique semi-directif et d'observation. Il ressort de l'analyse des données que les situations de vie stressantes, les dysfonctionnements familiaux et affectifs sont des facteurs déclenchant de la bipolarité chez l'individu. L'étude du cas de H. E. rend compte de la survenue précoce des crises, de leur répétition, de la présence des symptômes d'agressivité physique et verbale, d'hyperactivité, d'insomnie et des propos délirants avec des thèmes de grandeur et d'impression de transformation corporelle qui font retenir un diagnostic de trouble bipolaire de type I dont la prise en charge a été à la fois médicamenteuse et psychologique.
Mots-clés : trouble bipolaire ; manie ; dépression ; agressivité.

ABSTRACT

Bipolar disorders have become chronic and frequent diseases according to statistics. It is a pathology that usually manifests early (before age 30) in an individual's life and is often diagnosed later. According to the DSM-V, there are three types of bipolar disorder distinguished based on the recurrence of manic and depressive episodes. This internship report, which focuses on this theme, focuses on a clinical case study. The CHUD/Borgou psychiatry department academic hospital center served as a framework for data collection, which was done using semi-directive clinical interview and observation techniques. It emerges from the analysis of the data that stressful life situations, family and affective dysfunctions are factors that trigger bipolarity in the individual. The study of the case of H. E. reports the early onset of seizures, their repetition, the presence of symptoms of physical and verbal aggression, hyperactivity, insomnia and delusional remarks with themes of grandeur and distaste. Impression of bodily transformation that led to a diagnosis of type I bipolar disorder, the treatment of which was both medicinal and psychological.

Key-words: bipolar disorder; mania; depression; aggressiveness.

INTRODUCTION

La manie et la mélancolie font partie des premières maladies décrites dans l'Antiquité. On en retrouve des descriptions à l'époque pré-hippocratique (A. Lopez, 2020). Les premières observations médicales de la possibilité de transformation de la « mélancolie » en la « folie » remontent à Hippocrate. Des liens entre les dépressions de l'humeur (ou mélancolie) et manie sont également discutées par Willis au XVIIe (JP. Olié, 1990). Dans la première partie du XIXe siècle, « l'aliénation mentale » décrite par Philippe Pinel dans son Traité médico-philosophique était implicitement considérée comme l'unique maladie mentale, et ses quatre espèces (manie, mélancolie, démence et idiotisme) (P. Pichot,2006). Il n'y a alors pas de forme spécifique de trouble associant dépression et manie, bien qu'il ait eu l'intuition d'un lien dans certaines de ses descriptions cliniques (JP. Olié, 1990). La première entité rassemblant ces deux maladies est créée par Jean-Pierre Falret en 1854 dans ses Leçons cliniques de médecine mentale tenues à l'hospice de la Salpêtrière : la folie circulaire (JP. Falret, 1854). L'auteur écrit ainsi :

> « *La transformation de la manie en mélancolie et réciproquement a été signalée dans tous les temps comme un fait accidentel ; mais on n'a pas assez remarqué... qu'il existe une catégorie d'aliénés chez lesquels cette succession de la manie et de la mélancolie se manifeste avec continuité et d'une manière presque régulière. Ce fait nous a paru assez important pour servir de base à une forme particulière de maladie mentale que nous appelons folie circulaire, parce que l'existence de ce genre d'aliénés roule dans un même cercle d'états maladifs qui se reproduisent sans cesse, comme fatalement, et ne sont séparés que par un intervalle de raison de courte durée* » (JP. Falret, 1854. pp. 225-263).

Falret signale toutefois que dans les deux types d'accès de cette folie circulaire, la sémiologie est peu prononcée. Jules Baillarger, en 1890, parle lui de folie à double forme (J. Baillarger, 1890). Pour lui, les phases d'excitation et de dépression sont deux périodes d'un même accès. Le diagnostic de folie à double forme nécessite d'avoir observé les deux types d'accès. Jules Falret prolongera les travaux de son père et de Baillarger et estimera qu'il existe plusieurs types de folie circulaire selon l'existence d'un intervalle libre entre les accès, ou selon la durée des accès (J. Falret, 2012). Dans

le courant des années 80, Hagop S. Akiskal, psychiatre américain, revient sur la séparation du Trouble Bipolaire et des dépressions majeures. Ce psychiatre américain identifie alors de nombreux patients qui, cliniquement et pharmaco-logiquement (de par absence de réponse aux antidépresseurs), ne correspondent pas aux critères diagnostics du TB, ont en réalité un TB atténué (A. Kaladjian et *al*., 2010). Il propose de maintenir la distinction mais introduit le terme de « spectre bipolaire » qui rassemble, au-delà du TB, la cyclothymie, les épisodes dépressifs majeurs récurrents. C'est un retour vers une approche kraepelinienne (HS. Akiskal, 2001).

Ainsi, afin de nous permettre de mieux appréhender et de cerner le contour de certaines psychopathologies restées non vécu d'un point de vue pratique même si en théorie cela reste fréquemment expliciter, nous avons été envoyé en stages au service de psychiatrie du CHUD/Borgou. Le but de ce stage est de nous permettre de reconnaître les signes psychopathologiques afin de poser les diagnostics avec exactitude et de pouvoir envisager une thérapie adéquate dans le bénéfice de garantir des soins de bonne qualité aux patients. C'est ainsi que le cas présenter et analyser dans le cadre de la rédaction de ce rapport de stage a retenu notre. Le rapport qui en est fait, s'articule en quatre chapitres. Le premier aborde le cadre institutionnel du stage, les observations effectuées au cours de celui-ci ainsi que les activités effectuées et les acquis du stage. Le second s'intéresse au cadre théorique de la recherche et à la démarche méthodologique adoptée. Le troisième chapitre expose et analyse le cas clinique retenu tandis que le quatrième chapitre procède à sa discussion.

CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE

Notre stage s'est déroulé dans le service de psychiatrie du CHUD/Borgou, hôpital de référence situé à Parakou région septentrionale du Bénin. Il est procédé dans ce chapitre à sa présentation à travers son historique, sa mission, ses objectifs ainsi que sa structure organisationnelle. Il y est aussi fait l'état des lieux des observations du stage ainsi que les activités menées et les acquis y afférents.

1.1. Cadre institutionnel du stage

1.1.1. Présentation du CHUD/Borgou

1.1.1.1. Historique et situation géographique

Située dans la partie nord-Est du Bénin à 419 km de Cotonou et couvre une superficie de 441Km² avec une population de 201550 habitants environ, Parakou est la troisième ville à statut particulier du Bénin et chef-lieu du département du Borgou. Etant la plus grande ville du septentrion elle est constituée de trois (3) arrondissements et 41 quartiers de ville. Parakou est une ville cosmopolite. Il couvre une superficie de 25856 km² et comprend 310 villages. La population dénombrée au cours du troisième Recensement Général de la population et de l'Habitat (RUGPH3) dans le département s'élève à 724171 habitants, la population est essentiellement rurale et multiethnique ; les principales ethnies ou groupes socioculturels sont les baribas (40,40%), les peulhs (29,80%), les nagos (6%) et les dendis. La religion prédominante est l'islam.

Créé en 1959 et dénommé ‘’cours normal’’ par la population du fait de son installation sur le site de l'ancienne Ecole Normale, il devient hôpital de Parakou, puis centre hospitalier provincial du Borgou en 1985. En 1990 il a changé de statut et devient Centre Hospitalier Départemental du Borgou par décret No : 90-347 du 14 novembre 1990 portant statut des centres hospitaliers départementaux et formations sanitaires assimilées. Depuis la création de l'Université de Parakou et l'avènement de la Faculté de Médecine, ce centre hospitalier est devenu le lieu d'encadrement pratique tant des étudiants en Médecine de l'Université de Parakou (UP), tant que des autres universités

publiques et privés. C'est donc un centre de soins, d'encadrement et de recherches scientifiques. Il comporte 14 services dont :

- Le service de psychiatrie
- Le service de chirurgie générale
- Le service de gynécologie et obstétrique
- Le service de pédiatrie
- Le service d'imagerie médicale
- Le service d'Anesthésie de Réanimation et des Urgences (SARU)
- Le service de Oto-rhino-laryngologie et de chirurgie cervico-faciale
- Le service d'ophtalmologie
- Le service de stomatologie
- Le service de médecine où il y a plusieurs spécialités dont :
    - La médecine interne
    - La cardiologie
    - La neurologie
    - La néphrologie
    - La dermatologie
- Le service de laboratoire d'analyses biomédicales
- Le service de Kinésithérapie et d'appareillage orthopédique (SKAO)
- Le service de transfusion sanguine
- Le Centre d'Information et de Prise En Charge (CIPEC) des patients vivants avec le VIH.

Le Service de psychiatrie lieu de notre stage, a été créé en 2002 avec l'arrivée du Professeur Prosper GANDAHO qui en est le chef service. Il y travaille en collaboration avec le Professeur agrégé Francis T. TOGNON, le Docteur Anselme DJIDONOU et l'Interne des Hôpitaux (IDH) Elie ATAIGBA. Le service de psychiatrie est doté :

- D'une salle de consultation
- De trois salles d'hospitalisation,

- D’un bureau d’accueil des patients faisant office de salle de garde des infirmiers.

1.1.1.2. Missions et activités

Les activités du service sont :

- Les consultations,
- Les soutiens thérapeutiques aux patients et leurs familles selon l’approche systémique,
- La psychoéducation des patients et de leurs aidants
- Les visites en salle d’hospitalisation et les gardes,
- L’encadrement des étudiants en Psychologie clinique et en médecine au cours de leur stage hospitalier.

➢ **Les usagers**

On y trouve dans le service de psychiatrie du CHUD/Borgou : les patients, les agents de santé, les étudiants en médecine et en psychologie et les agents d’entretien.

✓ **Les prestations du service**

- Accueillir les patients présentant des troubles mentaux
- Diagnostiquer la pathologie
- Traiter la pathologie soit par :
  - Les médicaments
    - Les neuroleptiques
    - Les antidépresseurs
    - Les anxiolytiques
    - Les hypnotiques
    - Les correcteurs
  - Les psychothérapies
    - La psychothérapie de soutien
    - La psychothérapie cognitive et comportementale
    - La psychothérapie systémique et familiale.

- La réinsertion sociale (postcure)

1.1.1.4. Structure organisationnelle

Ce service est structuré comme suit :

- Un Professeur titulaire de psychiatrie adulte
- Un maître de conférences agrégé de psychiatrie d'adulte
- Un assistant chef de clinique de psychiatrie d'adulte,
- Un Interne des hôpitaux Universitaires du Bénin
- Les stagiaires internés de la médecine
- Les stagiaires psychologues que nous sommes
- Les stagiaires externes
- Trois infirmiers
- Un agent d'entretien.

Les stagiaires internés assurent la consultation avec le docteur, le professeur ou l'interne des hôpitaux. Les stagiaires psychologues en collaboration avec eux identifient les signes et symptômes que présente le patient, évoquent le diagnostic, envisagent le traitement, suivent le traitement, accompagnent le patient.

1.2. Déroulement du stage et travaux effectués

1.2.1-Objectif général du stage

I- Rechercher le sens du symptôme dans la demande en psychopathologie clinique ;

II- Mener de bout en bout un entretien sous supervision en psychopathologie clinique ;

III- Acquérir une bonne pratique de l'entretien psychopathologie clinique ;

1.2.2 Objectifs spécifiques du stage

1- Améliorer la qualité de l'écoute en psychopathologie clinique ;
2- Améliorer la qualité de l'observation en psychopathologie clinique ;
3- Développer les dispositions personnelles pour une meilleure écoute en psychopathologie clinique ;

4- Associer les éléments théoriques susceptibles d'expliquer les manifestations observées (symptômes) en psychopathologie clinique ;
5- Apprécier les aspects socioculturels de la demande en psychopathologie clinique ;
6- Acquérir les gestes pratiques en fonction du mandat, en matière de prise en charge.

2.2- Les outils du stage

Au cours de notre stage en service de psychiatrie qui s'est déroulé du 21 Avril au 18 mai 2015, nous avons reçu de divers outils. A notre arrivée, nous avons été accueillis par le Professeur DJIDONOU Anselme, Docteur en Psychiatrie d'adulte qui nous a présenté nos objectifs de stage et nos thèmes d'exposés et quelques outils de travail à savoir :

- Un guide d'entretien avec les patients
- Un guide pour la connaissance du site
- Un lexique de sémiologie en psychologie
- Une Echelle de dépression de Hamilton (HAM-D)
- Une fiche des Symptômes et troubles en psychologie
- Un Canevas de protocole de mémoire.

Après ces préliminaires, il nous a tous confiés à l'Interne des Hôpitaux (IDH). Ainsi, durant notre séjour dans ce service, nous étions sous la supervision de l'Interne des Hôpitaux Docteur ATAIGBA Elie qui travaille dans le service de psychiatrie.

1.2.2. Activités menée au cours du stage

1.2.2.1 Prise en charge thérapeutique

Les activités qui sont menées dans le service de psychiatrie sont généralement animées et dirigées par l'Interne des Hôpitaux sous la surveillance des maîtres. L'étudiant en 3ème année de Psychologie Clinique en stage dans le service de Psychiatrie doit atteindre les objectifs suivants : faire l'accompagnement des patients hospitalisés, le suivi des patients externes qui viennent pour la consultation psychiatrique, faire des

entretiens avec des patients qui ont de problèmes psychologiques ou avec leurs parents en guise de thérapies de soutien. Des équipes d'observation médicale et psychologique composées de 3 étudiants en médecine et en psychologie sont montées par le professeur lui-même pour rédiger des rapports d'observation sur les patients qui leurs sont confiés. Nous avons droit à la participation aux consultations psychiatriques qui se font tous les jours ouvrables sauf vendredi où nous faisons le grand staff pour présenter un patient et l'équipe étudie ensemble le cas. En plus de tout cela, chaque matin, nous faisons le tour dans les salles d'hospitalisation pour visiter les patients et discuter de leur état et leur traitement. Nous avons suivi maintes consultations dirigées par le professeur GANDAHO lui-même, le Professeur TOGNON, le Docteur DJIDONOU, le Docteur ATAIGBA et les stagiaires internés. Nous avions eu à présenter des exposés tels que :

- Conduite à tenir devant un traumatisme après une catastrophe
- Les Psychothérapies
- Etudes de cas pratiques au staff
- Conduite à tenir devant un délire

De plus, avec l'aide des stagiaires interné de la 6ème année de médecine, nous avons eu à rédiger les observations médicales et psychopathologiques de certains patients. Parmi ces cas, nous avions vu beaucoup de tentatives de suicide. Aussi avons-nous eu des victimes de stress post traumatique, des cas de schizophrénies, de bouffée délirante aigue, Brainfag syndrome, de dépression sous toutes ses formes, hystériques et le trouble bipolaire qui a particulièrement retenu notre attention est un des cas a présenté dans ce rapport.

1.2.2. Synthèse des atouts et problèmes du service de psychiatrie du CHUD/Borgou

En somme, notre stage au sein de cette institution sanitaire nous a permis d'acquérir assez de connaissances sur l'historique, les missions, les activités ainsi que sa structure organisationnelle. En effet, sa structure organisationnelle est assez représentative pour son bon fonctionnement. Nous avions remarqué une insuffisance de personnel psychologue pour prendre en charge particulièrement certains patients qui n'ont pas forcément besoin d'aide psychiatrique.

CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE

Cette partie du document est consacrée en un premier temps à l'énoncé du problème, la détermination des objectifs de recherche et l'émission des hypothèses ; ensuite, il est procédé au choix de l'approche méthodologique de la recherche.

2.1. Cadre théorique de la recherche

2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs

2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche

La maladie maniaco-dépressive fut individualisée par Kraepelin en 1899, à côté de la démence précoce et des psychoses d'involution (J.P. Olié et *al*., 1992). Plusieurs recherches sur cette problématique selon ces auteurs, avaient antérieurement précisé les liens unissant mélancolie et manie et regroupé les deux perturbations au sein d'une même affection dont les dénominations étaient diverses : psychoses intermittentes, périodiques, à double forme, folie circulaire, etc. Plus connue sous le vocable de psychose maniaco-dépressive, de maladie maniaco-dépressive, cette pathologie est désignée selon les classifications actuelles de troubles bipolaires (APA, 2013 ; 2015). Le trouble bipolaire est un problème de santé publique préoccupant (J. Angst et A. Gamma, 2002). Il se caractérise par une variation anormale de l'humeur : alternance de périodes d'excitation psychique (manie ou hypomanie) et d'inhibition psychomotrice (dépression), voire de mélancolie profonde, entrecoupée de périodes de stabilité.

Le terme « bipolaire » évoque les deux pôles manie et dépression, entre lesquels l'humeur oscille. Dans les années 60, les troubles unipolaires caractérisés par des épisodes dépressifs récurrents et les troubles bipolaires ont été séparés en deux entités distinctes (C. Henry, 2009). Ces derniers, lorsqu'ils sont sévères touchent 1 à 2 % de la population mondiale, et trois fois plus dans leurs formes moins graves (OMS, 2011). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ils comptent parmi les dix maladies les plus invalidantes. Le diagnostic est souvent fait tardivement soit après 8 à 10 ans

d'évolution, ce qui peut aggraver le pronostic. Entre 5 et 10 % des personnes ayant des épisodes dépressifs caractérisés peuvent également connaître des épisodes maniaques (M. Rochet, 2012). Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire soit posé, il faut qu'il y ait eu au moins un épisode dépressif caractérisé et un épisode maniaque ou hypomaniaque. Il est classique d'individualiser deux principaux types de troubles bipolaires : le trouble bipolaire I et le trouble bipolaire II. Mais, à côté de cette bipolarité, se distinguent aussi la cyclothymie et le trouble bipolaire non spécifié (APA, 2015). Le trouble bipolaire de type I est le plus typique, il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs ; le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif. Le diagnostic de trouble bipolaire II sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie.

Bien que l'hypomanie corresponde à une forme atténuée de la manie, la forme bipolaire de type II n'en reste pas moins invalidante et le taux de mortalité de ces patients est tout aussi important (K. R. Jamison, 2007). La clinique a prouvé qu'il existe également des états « frontières » qui sont des formes atténuées de la maladie. Entre dans ce cadre, le trouble cyclothymique défini par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre aux critères d'un épisode caractérisé. Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II ; il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniacodépressifs (C. Gay, 2002). L'âge de début des troubles est très variable en fonction de la définition retenue pour en faire l'évaluation. L'âge moyen de survenue de la maladie se situe entre 20 et 25 ans ; cependant, il apparait de plus en plus évident qu'il existe des formes à début précoce entre 13 et 15 ans. Un début précoce de la maladie semble prédictif d'un trouble plus sévère avec notamment des rechutes plus fréquentes, la présence d'éléments psychotiques au cours des accès, un plus grand nombre d'épisodes maniaques et davantage de sujets atteints parmi les membres de la famille. A l'inverse, il existe des formes à début tardif après l'âge de 50 ans (M. Leboyer, 2007).

En somme, les troubles bipolaires sont des maladies chroniques, invalidantes et coûteuses qui figurent parmi les 10 premières maladies génératrices de handicaps et de coûts socioéconomiques et leurs causes sont complexes. M-L. Bourgeois (2006) affirme que les projections sur les vingt années à venir prévoient que les troubles mentaux, et en particulier les troubles de l'humeur, vont augmenter considérablement, représentant un problème croissant de santé publique, mais aussi un problème financier dû à la perte de productivité liée au handicap et aux frais des prises en charge thérapeutique. L'intérêt de cette recherche sur cette affection psychiatrique est lié à plusieurs facteurs : sa fréquence dans nos expériences professionnelles de prise en charge psychologique et psychothérapeutique ; l'hétérogénéité de la pathologie qui engendre des retards de diagnostic dans la prise en charge ; le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle qui augmente avec le retard dans la prise en charge. A cela s'ajoute la rémission qui n'est rien d'autre qu'un processus de la diminution temporaire des symptômes et la cessation plus ou moins complète des symptômes dans la gestion de la pathologie. Elle a selon H. Ey (1954) une longueur très variable chez les malades atteints d'accès maniacodépressifs et ceci contribue à une controverse établie dans toutes les sociétés psychiatriques, où l'on s'interroge sur le sort et la fin des malades. Chez le patient de notre recherche, il faut constater, tout comme chez d'autres patients, que le diagnostic est parfois considéré comme « atypique » du fait de signes allégués de dissociation, de délire. L'autre facteur qui complique le tableau clinique, c'est l'annonce du diagnostic qui intervient après plusieurs années de décompensation et l'acceptation de la maladie par le patient et son entourage qui prend du temps et qui ralentit le processus de prise en charge. De ce fait, l'état psychologique du patient se dégrade avec le temps et le sentiment d'être ignoré ou incompris se présente. L'on s'interroge alors sur le sort et la fin du cas du patient hospitalisé et suivi au CHUD/Borgou.

Pour répondre à cette ultime préoccupation, la démarche scientifique requiert l'usage d'hypothèses et la fixation d'objectif de recherche. Ainsi, des hypothèses et objectifs ont été fixés.

2.1.1.2. Hypothèses de la recherche

2.1.1.2.1. Hypothèse générale

Le trouble bipolaire engendre le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle et augmente le retard dans la prise en charge.

2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques

- ✓ La survenue du trouble bipolaire au sein d'une famille désorganise cette dernière ;
- ✓ Le trouble bipolaire constitue un facteur de désinsertion professionnelle pour les patients qui en souffrent.

2.1.1.3. Objectifs de la recherche

2.1.1.3.1. Objectif général de la recherche

La présente recherche vise à faire une analyse psychologique du cas d'une patiente hospitalisée et suivie au CHUD/Borgou afin de mettre un accent sur la complexité du diagnostic.

2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques de la recherche

- ✓ Montrer que la survenue du trouble bipolaire au sein d'une famille désorganise cette dernière ;
- ✓ Faire ressortir le lien entre la désinsertion professionnelle et leur affection au trouble bipolaire.

2.1.2. Revue de littérature

Le trouble bipolaire est une maladie chronique caractérisée par « *la survenue généralement répétée d'épisodes dépressifs, maniaques, hypomanes ou mixtes séparés par des périodes au cours desquelles les sujets sont à priori indemnes de dysfonctionnement psychique majeur* » (Henry, 2005, p. 9). Il est une maladie

chronique au profil évolutif très variable donnant un spectre clinique très large. La reconnaissance et le diagnostic des troubles bipolaires sont de véritables enjeux, ainsi qu'en atteste le délai de 5 à 10 ans qui s'écoule entre le moment où les premiers symptômes apparaissent et la mise en place d'un traitement, et cela même alors que la personne a rencontré plusieurs médecins différents dont des spécialistes de la santé mentale (E. Goffman**,** 1975). Selon A. Lopez (1990), il s'agit d'une affection connue de longue date et déjà décrite dans l'Antiquité. Elle est actuellement classée dans les troubles de l'humeur. L'humeur est une disposition affective fondamentale qui se manifeste à trois niveaux selon JP Falret (1984). Tout d'abord elle donne une coloration agréable ou désagréable aux événements que nous vivons ; ensuite elle influence notre façon de ressentir, penser et agir ; enfin, l'humeur influence le niveau d'énergie de notre organisme. L'humeur de tout un chacun dépend de multiples facteurs, tant « internes » qu'« externes » : la biochimie cérébrale, les événements vécus, les ambiances, la lumière, l'histoire personnelle, les variations hormonales, le sommeil (T. Haustgen, 2011). L'humeur dite « normale » fluctue donc vers le haut ou vers le bas, mais ces variations restent limitées en durée et en intensité, elles constituent généralement une réponse à des événements particuliers et n'empêchent pas la personne de fonctionner.

Lorsque les fluctuations d'humeur dépassent en intensité ou en durée celles de l'humeur normale et qu'elles entraînent des altérations du fonctionnement ou une souffrance, on parle de trouble de l'humeur (J. Baillarger, 1998). Pour T. Haustgen (2011), le trouble bipolaire est une maladie qui touche la régulation et l'équilibre de l'humeur. Les personnes qui en souffrent sont sujettes à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il n'y ait forcément un événement extérieur déclenchant. Elles réagissent souvent de façon disproportionnée à cet événement. Les personnes bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : on parle d'hypomanie si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et on parle d'« état maniaque » si elle est très importante. Mais les personnes qui présentent un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes où leur humeur est particulièrement basse : on parle alors d'« état dépressif » modéré ou sévère (J. Baillarger, 1998). Toutes les personnes bipolaires ne présentent pas de

période dépressive, mais c'est surtout la présence dans leur histoire d'une période où l'humeur est « anormalement haute » qui doit faire évoquer le diagnostic. Néanmoins, les périodes d'humeur haute et d'humeur basse alternent le plus souvent, entrecoupées de périodes d'humeur normale.

E. Kraepelin (2002) souligne que si vous avez ce symptôme de réduction du besoin de sommeil, vous allez vous sentir reposé même si vous dormez moins que votre habitude. Vous pourriez rencontrer des problèmes pour trouver le sommeil, mais une fois endormi, vous allez dormir moins d'heures que ce qui est normal pour vous. Vous pourriez aussi constater que vous vous levez beaucoup plus tôt que d'habitude et êtes incapable d'aller vous recoucher. Si vous dormez habituellement 7 à 8 heures, cela pourrait se réduire à 4 ou 5 heures (J. Baillarger, 1998). Certaines personnes ne peuvent plus s'endormir du tout quand elles sont maniaques. Ce qui en fait un symptôme de la manie c'est que malgré cette perte de sommeil, qui peut durer plusieurs jours, le niveau d'énergie semble suffisant pour assumer les activités quotidiennes. Dans ce sens, c'est différent de l'insomnie des personnes stressées ou déprimées. Dans ces cas, la perte de sommeil rend les personnes épuisées. Dans la manie, les personnes n'ont pas le besoin de dormir plus, du moins jusqu'à ce qu'elles ne dorment plus depuis plusieurs jours d'affilée (P. Pichot, 1995).

J. Baillarger (1998) soutient que la distractibilité est un des symptômes ennuyeux qui interfère avec la concentration, la prise de décisions, l'organisation ou la conclusion des tâches. Quand ce symptôme apparaît, vous pouvez être distrait par des stimuli externes comme le bruit, les lumières, les gens et les activités autour de vous. Vous pouvez également être distrait par vos pensées internes comme des idées, des souvenirs, des regrets et l'urgence à s'engager dans de nouvelles activités. D'autres pourraient noter qu'ils se sentent prêts à commencer un projet ou une activité, mais être distraits par le besoin de devoir faire quelque chose d'autre avant d'accomplir la première. Vous pourriez beaucoup tourner en rond, et ne pas pouvoir accomplir les activités parce que les stimuli internes et externes viennent vous distraire de ce que vous alliez faire et dirigent votre attention vers quelque chose de nouveau (G. Ballet, 1997).

P. Pichot (1995) estime qu'il y a trois types d'insomnies de base. Un type est appelé insomnie d'endormissement. Cela apparaît lorsque vous mettez plus de temps pour vous endormir que d'habitude. Moins qu'une demi-heure est le temps considéré comme normal, si on considère que vous êtes allé au lit à la même heure que d'habitude. Ce type d'insomnie est tellement frustrant que les personnes vont s'engager dans différents types d'activités comme lire, regarder la TV, surfer sur internet jusqu'à être suffisamment fatigué pour s'endormir. Lorsqu'elles vont finalement retourner dormir, elles vont pouvoir rapidement s'endormir, mais beaucoup plus tard que ce qu'elles avaient choisi comme moment d'endormissement. L'insomnie de milieu de nuit, le deuxième type, apparaît quand vous vous réveillez durant la nuit, en ne sachant pas vous rendormir. Quand ce type d'insomnie est sévère, les personnes se lèvent plusieurs fois chaque nuit. Quand elles dorment, leur sommeil est interrompu et n'est pas récupérateur (APA, 2015). Se lever pour aller à la salle de bains, boire un verre d'eau ou écouter un bruit qui les a réveillés n'est pas considéré comme de l'insomnie si vous parvenez à vous rendormir rapidement. Le troisième type d'insomnie est appelé l'insomnie de fin de nuit ou réveil matinal précoce. Il apparaît quand vous vous réveillez une ou plusieurs heures avant l'heure prévue et sans pouvoir vous rendormir. Beaucoup de personnes ont un système interne et peuvent se réveiller sans l'alarme du réveil ou juste avant que celui-ci ne sonne (OMS, 2011). Cela n'est considéré comme une insomnie de fin de nuit que si le moment du réveil est nettement plus tôt qu'habituellement. L'hypersomnie est le problème opposé : les personnes dorment plus que la normale. Cela peut inclure le fait d'aller au lit plus tôt que d'habitude, ou faire des siestes durant la journée, ou de se sentir fatigué toute la journée en dépit d'une bonne nuit de sommeil. Même si dormir est assez bon pour la santé, l'hypersomnie cause toute une série de problèmes comme le fait de passer plus de temps à dormir qu'à faire des activités, assumer les activités de routine et prendre du plaisir (H. Ey, 1954).

2.2. Approche méthodologique de la recherche

Le but de cette partie de notre recherche est de réfléchir sur la mise en cohérence entre les objectifs de la recherche et la démarche que nous mettons en œuvre pour confronter

au terrain notre problématique. Pour ce faire, la démarche méthodologique qui nous a permis en effet de mener à bien la présente recherche, tient compte de la nature de l'étude, de la population cible et de l'échantillonnage, de l'explication des choix d'outils méthodologiques pour la collecte des données, leur traitement et analyse et enfin des difficultés rencontrées.

2.2.1. Nature de la recherche

Pour étudier le trouble bipolaire, nous avons eu recours à deux méthodes de recherche. Il s'agit d'une part de la méthode descriptive et d'autre part de la méthode analytique. La première approche a permis de décortiquer les différents aspects structurels et organisationnels de notre cadre de stage à savoir le CHUD/Borgou. Quant à la deuxième approche, elle a permis d'identifier les implications du trouble sur le fonctionnement du patient et à jeter un regard sur les éventuelles causes de cette pathologie. Avec ces deux méthodes de recherche, usage est donc fait des techniques de collecte de données qualitatives.

2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage

2.2.2.1. Groupes cibles

La population cible de cette recherche est majoritairement composée des proches du patient retenu et du patient lui-même. Elle est également composée des spécialistes en santé mentale de l'institution rencontrés sur le site durant la période du stage. Ces derniers constituent en quelque sorte, des personnes ressources identifiées pour le compte de cette recherche.

2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon

Comme l'affirment Miles et Huberman (1994 : 24), « *peu importe ce que vous ferez, vous ne réussirez jamais à étudier tout le monde partout et dans toutes leurs activités. Les choix que vous faites (les personnes à qui vous parlerez, où, quand, à quel sujet et pourquoi) sont autant de limites aux conclusions que vous pouvez tirer, à la confiance avec laquelle vous les formulerez et au crédit que les autres leurs accorderons* ».

Former un échantillon n'est donc pas une tâche simple et n'est pas à prendre à la légère. Pour ce faire nous avons jugé bon de suivre une démarche structurée. Premièrement, il a été question de définir une population en identifiant les caractéristiques nécessitant un intérêt pour cette recherche ; deuxièmement, nous avons déterminé l'échantillon en fonction de son intérêt scientifique et des ressources matérielles dont nous disposons ; enfin, nous avons défini les unités d'échantillonnage. Cette dernière étape a consisté à isoler et choisir chaque membre de la population cible selon les critères bien définis.

Nous avons opté pour une technique d'échantillonnage non probabiliste notamment la technique à choix raisonné qui a consisté à choisir les proches et les spécialistes à enquêter de façon délibérée suivant des critères d'inclusion. Le patient lui-même a été systématiquement pris en compte. Ainsi, avons-nous pu repérer 05 proches et 03 spécialistes répondant à nos critères de sélection. Le tableau ci-dessous présente la répartition des personnes enquêtées.

Tableau : Tableau synthétique de la population cible

Catégories des personnes enquêtées	**Effectifs**
Patient	01
Proches du patient	05
Spécialistes en santé mentale	03
Total	**09**

Source : Données de terrrain_2015

2.2.2.2.1. Critères de sélection

La population cible de cette recherche remplit les critères suivants :

- Être un parent proche du patient et accepté notre entretien
- Être un spécialiste en santé mentale du service.

2.2.3. Techniques et outils de collecte de données

Au niveau de la collecte des données, nous avons fait usage des techniques d'observation et d'entretien clinique approfondi auprès d'un patient hospitalisé au CHUD/Borgou pour son état psychopathologique. Pour le recueil des informations, nous avons eu recours à des techniques et outils de collecte des données appropriés à la nature de la recherche. Dans ce sens, trois techniques de collecte de données ont été employées. Il est question, de la recherche documentaire, de l'entretien individuel et de l'observation. Les outils correspondant respectivement à ces procédés sont la grille de lecture, le guide d'entretien et la grille d'observation.

2.2.3.1. La recherche documentaire

La collecte d'information s'est effectuée dans un certain nombre de centres de documentation : centre de documentation de l'ex FLASH ; les archives du CHUD/Borgou ; la Bibliothèque centrale de l'UAC et celle de l'UP. Les informations recueillies sont de diverses natures. Il y a des informations générales et celles à caractère méthodologique et technique ; des informations générales, spécifiques et statistiques, etc. Ces informations sont tirées des mémoires, rapports d'étude, thèses, articles et livres. Pour réussir la recherche documentaire, nous avons utilisé comme outil, la grille de lecture.

2.2.3.2. L'observation

La procédure de l'observation clinique a consisté à répertorier auprès du patient avec une grille d'observation, les symptômes, les signes, les comportements problèmes, les messages non verbaux, les productions diverses, les conduites, les interactions avec son entourage, etc. dans des situations diverses.

2.2.3.3. L'entretien

L'entretien a été un moyen par lequel des informations et des données à base du discours des enquêtés ont été collectées. Il vise à provoquer une conversation entre un enquêté et un enquêteur. Son outil est le guide d'entretien. L'entretien clinique quant à

lui, vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (H. Bénony et K. Chahraoui, 1999, p.11). Cette technique dont l'outil est le guide d'entretien clinique a permis de collecter auprès du patient des données relatives aux facteurs déclenchants de la pathologie, aux antécédents familiaux psychiatriques, à la totalité des antécédents du patient dont les antécédents de trouble de l'humeur, aux événements traumatisants, à une revue de tous les épisodes précédents, à la recherche des comorbidités anxieuses et aux symptômes psychotiques.

2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données

Au niveau de l'étude approfondie et complète du cas identifié, il s'agit pour nous d'appréhender le patient aux prises avec sa maladie en tenant compte de son anamnèse et de sa personnalité. Les informations recueillies par les différents procédés indiqués, ont fait objet d'une triangulation, d'une analyse psychologique et d'une discussion du cas. Le souci du respect de l'éthique dans la recherche sur le comportement humain et plus particulièrement de la confidentialité nous a conduit à attribuer des initiaux pour désigner le patient dont la vignette clinique est présentée dans ce rapport de stage.

2.2.5. Difficultés éprouvées

Nous avons particulièrement rencontré des difficultés au début pour aborder notre patient. En effet, il était difficile de trouver un moyen de communication aisé pour s'entretenir avec celui-ci. En conséquence, notre période d'enquête a duré un peu plus longtemps que prévu ; ce qui a entrainé des difficultés financières. Mais avec beaucoup d'acharnement, nous avons pu recueillir le maximum de données.

Au terme de ce chapitre qui procède à la présentation du cadre théorique et de l'approche méthodologique adoptée, il faut retenir que la problématique est vue sous plusieurs angles dans les sciences humaines et sociales. Les recherches en psychologie n'en demeurent pas moins. Ce chapitre a nourri l'ambition de comprendre le phénomène élucidé. Pour pouvoir analyser les données collectées, les techniques utilisées ont été présentées dans le chapitre. Nous avons entre autres la recherche documentaire, l'observation et l'entretien ainsi que les outils qui les accompagnes afin

de toucher du doigt le phénomène et d'en apporter des explications grâce à la méthode descriptive et la méthode analytique.

CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre prend en compte les données issues des outils de collecte de données employés avec les différentes personnes identifiées et enquêtées dans le cadre de cette recherche.

3.1. Présentation et analyse de la vignette clinique

3.1.1. Présentation de la vignette clinique

Il s'agit de la patiente H. E. âgée de 22 ans, de sexe féminin, étudiante, célibataire et mère d'une fille de deux ans, de religion catholique, d'ethnie Goun domiciliée à Parakou. Reçue en urgence sous escorte du Groupement National des Sapeurs-pompiers (GNSP) et des parents (Père et mère) pour insomnie totale, agressivité physique et verbale, agitation psychomotrice et fugue, le début de la symptomatologie remonterait à vingt-quatre heures avant son admission de façon brutale par des délires de persécution (elle accuse sa mère d'être à la base de ses malheurs), délire de filiation et de grandeur (elle dit que sa mère est plutôt sa marâtre et que sa vraie mère est américaine), un délire mystico- religieux (elle dit que le côté gauche de son corps est Satan et le côté droit c'est Dieu) ''clivage'', une agitation psychomotrice faite d'instabilité et d'irritabilité, logorrhée, agressivité physique et verbale, une insomnie totale. Elle aurait bénéficié des séances de prière d'exorcisme dirigées par un prêtre de l'église catholique.

Face à la persistance de la symptomatologie, la famille consulte au CHUD/Borgou pour une meilleure prise en charge. Les antécédents Psychiatriques montrent que la patiente aurait eu trois épisodes antérieurs dont le premier remonterait à novembre 2009 marqué par une insomnie totale, une tristesse avec anxiété et des idées suicidaires suite à une déception amoureuse traitée en milieu psychiatrique avec succès. Les deux derniers épisodes sont identiques à l'épisode actuel et sont liés à une inobservance thérapeutique avec des phases d'exaltation, traitées par la médecine moderne et la phytothérapie. Le père de la patiente est devenu alcoolique suite à des problèmes de

service qui l'ont contraint à une retraite anticipée. On note également qu'une tante paternelle de la patiente aurait développé des troubles psychiatriques de nature non précisée. Une tante maternelle de la patiente aurait souffert des troubles psychiatriques de nature non précisée. Le Père est archiviste documentaliste à la retraite, marié à une femme et père de quatre (04) enfants, vivant dans une maison familiale à Parakou et serait en bonne santé physique et mentale apparente. La mère est enseignante en informatique, mariée et mère de quatre enfants, vivante et jouissant d'une bonne santé physique et mentale apparente.

La patiente est issue d'un régime monogamique et est la troisième d'une fratrie germaine de quatre enfants bien précisés. La patiente serait issue d'une grossesse désirée évoluant normalement à terme. L'accouchement aurait été normal donnant naissance à un bébé bien portant. Elle aurait vécu avec ses deux géniteurs jusqu'à ce jour. Elle aurait atteint sa puberté à treize (13) ans et aurait eu son premier rapport sexuel à l'âge de dix-sept (17) ans par viol commis sur sa personne par le cousin à son premier amour qu'elle aimait tant. Alors qu'elle a dit avoir jurée fidélité avec son ami et promis de ne jamais aller au sexe avant le mariage, cette alliance vient d'être profanée. Son ami l'ayant appris, n'en a pas fait une histoire. Ce qui lui a donné de l'assurance et le souci de l'aider à obtenir son BAC. Par la suite, il est aussi passé à l'acte et a prétexté du fait qu'elle a refusé de céder une seconde fois pour l'abandonner au motif qu'il veut désormais s'attacher à ses études. A l'issue de cette situation elle se serait engagée dans treize relations sentimentales sans succès. Notons que la treizième relation a donné lieu à la naissance de son enfant mais soldée par une trahison.

La patiente selon sa mère serait docile, très soumise et très attachée à elle. Elle n'aimerait pas le mensonge, considèrerait toute sorte de réprimande comme un manque d'affection à son égard et pleure souvent seule. Elle est intolérante à la frustration et s'investie corps et âme dans les études. Toutefois, la mère de la patiente a souligné que cette dernière aurait souvent eu des relations tendues avec son père qui lui inflige des châtiments corporels à moindre erreur pendant son enfance (déjà à partir de huit (08) ans). Elle ajoute que le père serait sévère envers tout le monde dans la maison y compris elle-même surtout lorsqu'il est sous l'emprise de l'alcool et de la

cigarette. Ce qui a fait qu'aucun des autres enfants ne vit actuellement à la maison avec les parents. Elle précise que la patiente entretient une bonne collaboration avec son entourage. Elle se serait malheureusement faite plusieurs amis artistes ces derniers temps et irait de bar en bar contrairement à ses habitudes. De même, une tante maternelle à la patiente aurait déclaré l'avoir vue dans un groupe de jeunes repris de justice en train de fumer du chanvre indien et de prendre de boisson alcoolisée.

La patiente reconnait qu'elle est malade et souhaiterait qu'on l'aide à guérir. Elle veut rentrer pour reprendre ses activités académiques, faire des réclamations au niveau de la faculté et changer d'option pour faire la pharmacie. Sa volonté de mener une vie autonome à travers ses propres efforts lui tient à cœur.

3.1.2. Analyse psychologique du cas clinique

La famille est la première instance de la construction de la personnalité de l'individu dans toute sa globalité (familiale, scolaire, socio-culturelle et personnelle) qui lui permettrait de faire face aux changements et aux traumatismes de la vie (APA, 2015). Toute situation conflictuelle traumatisante au sein de la famille perturbant le rôle primordial qui est la construction de la personnalité, engendre chez l'individu, un déséquilibre psychique vecteur de pathologies qui pourraient se révéler à un stade de son développement d'une part ou aux moments critiques de sa vie, (adolescence et événements traumatisants), et qui pourraient entraîner des phénomènes de reviviscence des événements antérieurs d'autre part (J. ANGST et A. Gamma, 2002).

La situation de notre patiente pose comme problématique une somme d'échec à trois niveaux à savoir psychoaffectif, scolaire et sentimental soutenu par la crise d'originalité juvénile. En effet, il s'agit de la patiente H. E., chez qui nous notons dans un premier temps une souffrance psychoaffective tant avec le père qu'avec la mère. Avec la relation dyadique père-enfant, nous notons une violence particulière envers le sujet sous l'emprise de l'alcool et de la cigarette. Face à cette violence du père qui se caractérise par un dressage trop autoritaire, incompatible avec les caractères traités sous le couvert d'infériorité, la patiente a dû détourner l'affection qu'elle a pour son père vers ses études. D'où la première perte de l'objet aimé qui sous-tend l'échec

psychoaffectif (M-L. Bourgeois, 2006).

Pour ce qui est de la relation dyadique mère-enfant, nous observons une certaine désapprobation. La mère de la patiente dit : « elle dit publiquement qu'elle veut fait l'amour parce que cela fait déjà trois mois qu'elle n'a plus tenu de rapport sexuel », un dénigrement, la mère déclare : « c'est un enfant ''très impoli'', elle ne respecte personne ». Dans le même temps nous notons un rejet du premier amour de la part de la patiente qui dit de sa mère : « c'est ma marâtre ». Par ailleurs, la patiente a tenu ses propos lorsqu'elle a vu ses géniteurs assis côte à côte en face d'elle. Elle réagit en les écartant l'un de l'autre : « je veux que le divorce soit prononcé en même temps. Je ne veux plus vous voir ensemble ». En réalité, étymologiquement et dans la pratique, la marâtre est la mauvaise femme qui fait souffrir l'enfant de sa coépouse. Ceci nous amène à souligner une relation conflictuelle au niveau de la dyade mère-enfant, synonyme de perte du deuxième objet aimé (mère). Cette relation aurait influencé négativement le développement psychoaffectif de la patiente H. E. et remonterait même au complexe de l'œdipe où la patiente verrait sa mère comme sa coépouse qui la prive de son objet aimé (le père). Ce qui expliquerait un complexe de l'œdipe mal résolu et qui sous-tendrait ses propos de divorce à l'égard de sa mère.

Nous avons également exploré et remarqué que les parents du père de la fille de la patiente H. E. lui ont arraché celle-ci. Toutes les voies légales (plainte à la Police et au Tribunal) utilisées sont restées sans succès d'où la troisième perte d'objet aimé (enfant). L'entretien avec la mère de la patiente nous a permis de noter qu'à la suite de chaque visite rendu à sa fille, la patiente H. E. fait de nouvelle crise. Ceci permet de souligner que le milieu de vie de sa fille (la maison familiale du père de sa fille) constitue en outre, un facteur déclenchant de la maladie. Ceci peut être soutenu par les dires de la mère en ces termes : « à chaque fois qu'elle rend visite à sa fille elle rentre et fait une crise puisqu'elle est toujours traitée de folle et rejetée par cette famille qui ne lui laisse aucune chance d'approcher sa fille. Le rejet de la famille du père de sa fille (quatrième perte d'objet aimé) et la non possibilité de voir sa fille se rapproche d'une femme qui vient d'accoucher et à qui on annonce de façon brutale le décès de son nouveau-né ». Une telle femme est susceptible de faire une psychose puerpérale ou

post partum. Ce qui se rapproche du cas de notre patiente qui a fait sa deuxième crise deux jours après accouchement.

La patiente H. E. s'est engagé dans treize relations sentimentales sans lendemain dont la première a été un viol. D'une part, la patiente nous relate qu'elle a aimé un monsieur S. M., mais malheureusement elle a été ravis par un individu qui a réussi à l'enfermée dans sa chambre, à la bâillonner et à la violer. Suite à cette humiliation, notre patiente n'a pu continuer sa relation sentimentale avec S. M. D'où la cinquième perte d'objet aimé. Et d'autre part, la treizième relation donne une grossesse qui s'est soldée par la trahison de l'auteur de ladite grossesse. Tout ceci nous a permis d'observer et de regrouper chez notre patiente H. E., cinq perte d'objets aimés (Père, mère, enfant, belle famille et S. M.) qui expliqueraient ses multiples relations soutenues par des traumatismes psychologiques déterminant l'insatiabilité sexuelle qui s'est observée dans sa vie sentimentale et qu'elle justifie par un vide affectif qu'elle cherche à combler.

Dès l'âge de 18 ans, la patiente se trouve dans l'univers de la grande adolescence caractérisée par la phase de l'hétérosexualité, la phase des amitiés multiples et la phase de la crise d'originalité juvénile. La première et la deuxième phase renvoient à la multiplicité des partenaires dans ses relations sentimentales. Ceci nous permet de mettre en rapport les amitiés qu'a connues notre patiente avec des artistes d'une part et le groupe des jeunes repris de justice d'autre part. Or, à cette période, les intérêts des jeunes adolescents se tournent vers d'autres centres d'intérêts qui devront être canalisés par le milieu familial (père et mère si possible aînés).

Les événements malencontreux peuvent provoquer des perturbations durables. Premièrement, les expériences sexuelles mal vécues (notre patiente a été violée). Deuxièmement, des chocs psychologiques pouvant produire la dévalorisation de la personnalité de l'adolescent par la famille ou l'entourage. Notre patiente a été dévalorisée par ses parents (sa mère qui la traite d'impoli et son père qui l'assomme de coups à la moindre erreur). A cela, s'ajoute le comportement de la famille du père de sa fille qui la traite de folle et qui lui arrache sa fille ainsi que les échecs scolaires. La

précocité scolaire de la patiente (début : le CI à 02 ans) ne lui aurait pas permis de bénéficier d'un développement psychoaffectif harmonieux et d'une construction solide de sa personnalité. Le premier échec en classe de terminale et le deuxième échec en première année d'université ne seraient pas accepté par la patiente. Car, nous notons en elle, une certaine mégalomanie et un narcissisme intellectuel. La patiente dit : « je suis en troisième année de nutrition et de diététique et j'aimerais changer d'option pour faire la pharmacie » bien qu'ayant échouée la première année d'université. A cela, s'ajoute la crise d'originalité juvénile qui s'étend de 18 à 20 ans pour les garçons et de 16 à 18 ans pour les filles. Etant donné que notre patiente a eu son premier rapport sexuel à l'âge de 17 ans et plusieurs d'autres rapports sexuels auxquels s'ajoute l'adhésion à des groupes de mauvaises réputations (jeunes repris de justice vivant dans le quartier ainsi que les groupes d'artistes), on note une addiction aux substances psychoactives (chanvre indien et alcool) débouchant sur le vagabondage qui s'observe. Le basculement de la patiente vers de tels groupes s'explique par le manque affectif engendré par la famille (père et mère) auréolé par les fugues, les révoltes et les idées de suicide.

Notre patiente H. E. utilise la projection comme mécanisme de défense. Elle dit : « je suis asthmatiques et je sais qu'au CHUD/Borgou où j'avais été hospitalisée, j'étais restée à côté d'une malade qui a l'asthme et c'est sûr que c'est cette dernière qui m'a contaminée », la sublimation : « elle a détourné ses affections vers les études », la filiation : « elle ne reconnait pas sa mère comme étant sa vraie mère », le clivage : « elle dit que le côté gauche de son corps est Satan et le côté droit c'est Dieu ». La patiente développe une angoisse de perte d'objets à savoir la perte de sa virginité, la perte d'objets aimés (père, mère, son premier ami, son enfant). Les multiples séances d'exorcisme suivies quelquefois de rechute pourraient nous faire penser à un envoûtement d'autant plus que la maison dans laquelle vivent la patiente et ses parents est sous litige familial. Une maison appartenant à son grand-père paternel et discutée par ses oncles en majorité de prêtres traditionnels. La crise survient davantage très souvent les nuits et la patiente dit voir des chats noirs, entend des cris. Ce qui n'est pas le cas lorsqu'elle dort en dehors de la maison. Nous pouvons dire que la patiente a une structure limite donc nous pourrons conclure à une personnalité limite

sous réserve du test de trait de personnalité.

3.1.3. Projet thérapeutique

-Une psychoéducation à l'égard de la patiente et de la famille à court et à long terme

- Une psychothérapie de soutien

- Une psychothérapie systémique

- La sociothérapie pour régler la situation de sa fille

- Faire intervenir le service social au regard du manque de moyens des parents.

3.1.4. Intérêt

Il est de trois ordres :

- Familial : Eduquer les familles par rapport au développement psychoaffectif des enfants.

- Socio-culturel :

*Expliquer la maladie mentale à la société qui a tendance à l'associer à des faits de la sorcellerie

*Montrer le rôle de la société dans la bonne prise en charge et le bon rétablissement des patients.

*Pensée à la réhabilitation psychosociale à long terme en utilisant la prescription de tâche, conseil, jeu ainsi que les mesures d'assistance. L'impérieuse nécessité de la belle-famille à accompagner leur belle-fille et surtout à ne pas la stigmatiser.

-Thérapeutique : La prise en charge est longue et dépend d'une bonne adhésion de la patiente à respecter le traitement.

En synthèse, nous retenons qu'il s'agit de la patiente H. E. âgée de 22ans, présentant un trouble bipolaire de type I récidivant depuis six (06) ans dans un contexte d'inobservance thérapeutique reçue pour insomnie totale, agressivité physique et verbale, agitation psychomotrice et fugue chez qui on note une évolution favorable sous traitement.

CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

Ce chapitre confronte les résultats de cette recherche à ceux obtenus par des auteurs passés et dont un point-synthèse est fait sur leurs travaux dans la rubrique « revue de littérature ». Il s'agit ici de discuter les données collectées à la lumière des apports scientifiques antérieurs. Dans cette quête, les hypothèses de la recherche sont vérifiées au fur et à mesure que les résultats sont discutés.

4.1. Discussion du cas clinique

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui est caractérisé par des épisodes de dépression (caractérisés par la tristesse, perte d'intérêts, fatigue, etc.) alternant avec des épisodes de manie (caractérisés par une élévation anormale de l'humeur associée à une augmentation du niveau d'énergie et d'activité) ou d'hypomanie (dont les symptômes sont moins sévères et prolongés que la manie) (T. L. Ngôet *al*., 2015 ; JP. Olié et *al*., 1990). Il existe quatre modalités évolutives de troubles bipolaires selon le DSM V-TR : le type I (épisode de manie habituellement précédé ou suivi d'un épisode de dépression); le type II (épisodes de dépression et au moins un épisode d'hypomanie mais pas de manie) ; le trouble cyclothymique (épisodes avec des symptômes d'hypomanie et périodes avec des symptômes dépressifs sans remplir les critères d'un épisode de dépression majeure ou d'hypomanie, pendant au moins la moitié du temps, sur deux ans) ; le trouble bipolaire autre spécifié (symptômes dépressifs et d'hypomanie qui ne remplissent pas les critères diagnostics des troubles précédents à cause de la durée ou du nombre de critères rencontrés à chaque épisode, épisodes d'hypomanie sans épisodes de dépression majeure, épisode de manie chez un individu avec un diagnostic de trouble psychotique, symptômes d'hypomanie et de dépression de trop courte durée pour poser un diagnostic de trouble cyclothymique) (APA, 2015).

Selon l'enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont présenté des symptômes correspondant aux critères d'un trouble bipolaire au cours des 12 mois précédents et 2,4 % ont déjà présenté des symptômes d'un trouble

bipolaire au moins une fois dans leur vie. Le ratio entre les hommes et les femmes atteints de trouble bipolaire de type I est de 1 : 1 (K. Merikangas et *al*., 2007).

La maladie débute en moyenne vers 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et à la mi- vingtaine pour le trouble bipolaire de type II (APA, 2013). Il s'agit d'une maladie chronique avec des périodes de rémission et de rechutes. Plus de 90 % des individus qui présentent un épisode de manie feront des rechutes (APA, 2013). Le taux de rechute est de plus de 70 % sur 5 ans (M. Gitlin et *al*., 1995). Sans traitement, 37 % des patients font des rechutes l'année suivant un épisode et 60 % dans les deux années suivantes. Dans l'étude STEPBD (n = 1469), 58 % des patients bipolaires atteignent la rémission mais 49 % rechutent dans les deux ans suivant l'épisode ; les rechutes sont deux fois plus souvent des épisodes dépressifs que maniaques (R. Perlis et *al*., 2006). Ces résultats correspondent à ce que nous avons observé auprès de la patiente H. E. Elle a été hospitalisée en psychiatrie pour la première fois à 18 ans mais sa crise peut avoir débuté un peu plus tôt. De plus la présence de rechutes observées chez H. E. après la plupart de ses hospitalisations renforce encore plus les résultats des auteurs préalablement cités.

Après l'épisode initial, les patients présenteront des symptômes résiduels dépressifs pendant un tiers des semaines de leur vie (L. Judd et *al*., 2002). Le trouble bipolaire de type II est plus chronique et les individus qui en sont atteints sont plus souvent en dépression. Ces épisodes peuvent être sévères et conduire à l'invalidité (L. Judd et *al*., 2003). Le trouble bipolaire a un impact fonctionnel important, diminue la qualité de vie et est associé à des préjugés (C. Bowden, 2005, E. Michalak et *al*., 2011). De plus, 60% des bipolaires auront une atteinte au niveau du fonctionnement après l'épisode de manie ou de dépression. Ainsi, 30 % ne retournent pas au travail et 30 % ont une atteinte fonctionnelle après un épisode. Des atteintes cognitives peuvent contribuer aux difficultés occupationnelles et interpersonnelles (F. Dickerson et *al*., 2004) et persister toute la vie même pendant les périodes euthymiques (A. Gildengers et *al*, 2010).

D'ailleurs à la lumière des théories cognitives de la dépression et plus particulièrement dans la variante de l'« impuissance apprise », l'accent est mis sur le sentiment de perte

de contrôle éprouvé par le déprimé face aux évènements négatifs (LY. Abramson et *al*., 1978). Cette posture de la théorie de l'« impuissance apprise » fait remarquer chez H. E. qu'il y a une perte de contrôle que la patiente éprouve face à l'environnement familial conflictuel, à ses relations sociales non harmonieuses surtout avec ces parents ainsi qu'à la séparation avec sa fille. D'un autre point de vue M. Kovacs et A. T. Beck (1978) estiment que la pensée du déprimé serait caractérisée par la présence de schémas dépressogènes stables et inconscients qui représenteraient un véritable trait de personnalité. Ces schémas selon ces auteurs se constitueraient lors d'évènements traumatiques précoces, comme les expériences que H. E. a vécues avec ses parents notamment avec son père. De même, les théories cognitives mettent un accent sur l'affaiblissement des capacités intellectuelles qui constitue une symptomatologie dépressive.

Au-delà de ces aspects, APA (2015) a avancé que 35 % des bipolaires font au moins une tentative de suicide. Cette affirmation trouve sa justification dans les travaux de F. K. Goodwin et K. R. Jamison (2007) qui estiment que le taux de suicide chez ces patients est de 7 à 8 %. Le risque de suicide est dix fois plus élevé que dans la population générale (OMS, 2011). Des antécédents de tentatives de suicide et le nombre de jours déprimés dans la dernière année sont associés à un plus grand risque suicidaire (L. Marangell et *al*., 2006). Le caractère handicapant de la maladie s'est observé sur plusieurs pans de la vie H. E. En effet, depuis la survenue de ce trouble, H. E. n'a pas pu finir ses études et n'a aucune autre occupation sur le plan social. Elle est de plus en plus isolée et distante, même avec les membres de sa famille. Le suicide par contre n'a pas encore été tenté par cette patiente, du moins nous n'avons pas eu d'information sur ce sujet. Toutefois nous pensons que si H. E. n'est pas convenablement suivie comme cela se fait déjà, elle pourrait faire une tentative de suicide. Il est donc nécessaire qu'elle ne fasse pas de rupture thérapeutique et qu'elle soit régulièrement suivie par un psychologue.

CONCLUSION

Le trouble bipolaire est une maladie chronique ayant des caractéristiques spécifiques et affectant surtout les jeunes. Cette pathologie de l'humeur demeure en dépit des progrès thérapeutiques un réel problème de santé publique. Dans la prise en charge du patient dont l'analyse psychologique du cas nous préoccupe ici, les raisons qui ont motivé notre choix sont entre autres : le retard dans le diagnostic ainsi que sa complexité, les comorbidités, et l'important dysfonctionnement socio familial et professionnel qui accompagnent la maladie et qui aggravent le cours évolutif de celle-ci. Une bonne connaissance des particularités du trouble et des facteurs prédictifs de son évolution assure une prise en charge précoce, adéquate et globale. C'est la raison qui nous pousse à suggérer aux professionnels du champ de la santé mentale qu'il est nécessaire de changer de stratégies thérapeutiques dans la gestion de cette pathologie en tenant compte des périodes de rémission symptomatique et des moments de rechute. Ce qu'il faut aussi retenir de cette recherche, c'est de savoir que même si l'évaluation symptomatique entrecoupée aux données recueillies auprès de l'entourage du patient amène en apparence à poser le diagnostic de trouble bipolaire, il n'en demeure pas moins que tout professionnel de la santé mentale peut se tromper de diagnostic au regard des comorbidités qui camouflent la pathologie.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abramson Lyn Yvonne., Seligman Martin et Teasdale John, (1978), « Learnedhelplessness in human : critique and reformulation », Journal Abnorm Psychol, 87, p. 49-74.
2. Al-Krenawi Alean, Graham John and Izzeldin Abuelaish, (2001), « The Psychosocial Impact of Polygamous Marriages on Palestinian Women », Women and Health, 34, 1, p. 1-16.
3. AL-Krenawi Alean and Graham John, (1999), « The Story of Bedouin-rabWomen in a PolygamousMarriage », Women'sStudies International Forum, 22, 5, p. 497-509.
4. American Psychiatric Association, (2015), DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, (M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, Trad.), Paris : Elsevier Masson. (Œuvre originale publiée en 2013).
5. Angst Jules and Gamma Alex, (2002), « Prevalence of bipolar disorders : traditional and novel approaches », Clin Approaches Bipolar Dis, 1, p. 10-14.
6. Benony Hervé et Chahraoui Khadija, (1999), L'entretien clinique. Paris, Dunod.
7. Bourgeois Marc-Louis, (2006), Les troubles de l'humeur, Paris, Presses Universitaires de France.
8. Castro Dana, (2009), 9 études de cas en clinique projective adulte, Paris, Dunod.
9. Cherian Varghese, (1994), « Corporal Punishment and Academic Achievement of Xhosa Children for Polygynous and Monogamous Families », The Journal of Social Psychology, 1, 34, 3, p. 387-389
10. Dickerson Faith, Boronow John, Stallings Cassie, Origoni Andrea, Cole Sara and Yolken Robert, (2004), « Association between cognitive functioning and employmentstatus of persons with bipolardisorder », Psychiatr Serv, 55, 1, p. 54-58.
11. Ey Henri, (1954), Les Psychoses maniacodépressives, Étude n°25. Études psychiatriques. Tome III

12. Gay Christian, (2002), Vivre avec des hauts et des bas. Un psy et un patient racontent, Paris : Hachette littératures.
13. Gildengers Ariel, Mulsant Benoit, Al-JurdI Rayan, Beyer John et *al*., (2010), « The relationship of bipolar disorder lifetime duration and vascular burden to cognition in older adults », Bipolar Disord, 12, 8, p. 851–858.
14. Gitlin Michael, Swendsen Joel, Heller Tracy and Hammen Constance, (1995), « Relapse and impairment in bipolar disorder », American Journal of Psychiatry, 152, 11, p. 1635-1640.
15. Goodwin Frederick K. et Jamison Kay Redfield, (2007), Manicdepressive illness: bipolar disorders and recurrent depression,2nd edition. New York, Oxford University Press.
16. Henry Chantal, (2009), Du concept d'état mixte à la dimension dysphorique des manies, Paris, Doin Ed.
17. Jamison Kay Redfield, (2007), De l'exaltation à la dépression, Paris, Robert Laffont.
18. Judd Lewis, Akiskal Hagop, SCHETTLER Pamela et *al*., (2002), « The long-termnaturalhistory of the weeklysymptomaticstatus of bipolar I disorder », ArchGenPsychiatry, 59, 6, p. 530–537.
19. Judd Lewis, Akiskal Hagop, Schettler Pamela, Coryell William, Maser Jack, Rice John, Solomon David and Keller Martin, (2003), « The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II : a clinicalspectrum or distinct disorders? », Journal of Affective Disorders, 73, 1–2, p. 19–32.
20. Juignet Patrick, (2015), La méthode clinique en psychopathologie. In : Philosophie, science et société [en ligne]. Disponible à l'adresse : https://philosciences.com/philosophie-etpsychopathologie/psychopathologie-clinique/160-comment-sereperer-en-psychopathologie
21. Kovacs Mária et Beck Aaron T., (1978), « Maladaptative cognitive structures in depression », Am J Psychiatr:y, 135, p. 525-533.

22. Leboyer Marion, (2007), Facteurs de vulnérabilité dans la maladie maniaco-dépressive, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, Elsevier Masson.
23. OMS, (2011), Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des secteurs sociaux au niveau des pays, Décembre 2011, EB130/9.
24. Perlis Roy, Ostacher Michael, Patel Jayendra et *al*. (2006), « Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primar yout comes from the Systematic TreatmentEnhancement Program for Bipolar Disorder (STEP-BD) », Am J Psychiatry, 163, p. 217-224.
25. Rochet Michel, (2012), Des hauts et des bas qui perturbent votre vie. Ed. Chiron, Montigny-le-Bretonneux.

ANNEXES

Guide d'entretien clinique

(*A l'endroit de la patiente*)

A- L'anamnèse des troubles psychiques

- **L'épisode actuel :**

- motif

-Le mode d'apparition du trouble

-Les circonstances et les événements précédents ou accompagnant le début

- Les antécédents pathologiques :
- Les antécédents somatiques

- **L'histoire personnelle du sujet**

***La première enfance.**

A ce stade on note :

- ✓ Les circonstances de la grossesse, son déroulement et l'accouchement (enfant désiré ou non ; réanimé ou non)
- ✓ Les modalités de l'alimentation (allaitement, sevrage difficulté alimentaire)
- ✓ Les dates repère du développement psychomoteur (station assise, souris, marche, parole)
- ✓ L'établissement de lien affectif et leur rupture éventuelle (deuil-séparation placement nourricier)
- ✓ Les manifestations psychopathologiques rapportées (peurs spécifiques, trouble du sommeil, terreur nocturnes, difficulté motrice, retard du contrôle sphinctérien, trouble du caractère et du comportement)
- ✓ Les premiers contacts avec l'école et les autres enfants
- ✓ Les relations intra familiales

***La seconde enfance et l'adolescence**

- ✓ La scolarité (durée, mode d'adaptation aux institutions, domaines de réussite et d'échec)
- ✓ Les activités extrascolaires (loisir relation avec les autres, rôle et statut dans les groupes ; champs des intérêts personnels)

- ✓ La santé physique (maladie éventuelle, mais aussi troubles du sommeil, épisodes anorexiques ou obésité, algies diverses)
- ✓ Les attitudes et les conflits avec les parents lors de la crise habituelle de l'adolescence (soumission, révolte, indépendance)
- ✓ Les troubles du comportement caractéristique de l'adolescence (fugue, petit vol, usage d'alcool ou de drogue, période de retrait, exaltation idéologique ou religieuse)
- ✓ Le développement de la sexualité (sexualité infantile et curiosité sexuelle, éducation sexuelle, âge dela puberté et réaction émotionnelle associée, évolution des attitudes à l'égard du sexe opposé, activité sexuelle de l'adolescence)

B- L'anamnèse familiale et sociale

-L'histoire générale de la famille ; les conflits et les accords dans les divers domaines, les antécédents psychotiques caractérisables, la famille constituée par le patient

- Statut social et culturel : les conditions matérielles, le logement, les particularités culturelles, les attitudes morales religieuses et culturelles

Recueil des données somatiques

-Les antécédents médicaux.

-L'état de santé actuelle : en collaboration avec un généraliste, demander le bilan de l'état organique afin d'éliminer toute organicité et les maladies susceptibles d'interférer avec le traitement.

Elaboration du diagnostic et proposition de traitement :

- En tenant compte de la pathologie, de la personnalité, des mécanismes de défenses et du mode de fonctionnement du sujet.

-Etablissement du contrat thérapeutique.

-Traitement ou psychothérapie

-Evaluation et post cure

Grille d'observation

Pour pouvoir bien analyser les non-dits des enfants qui s'observent au cours de l'entretien, nous avons élaboré une grille d'observation qui se présente comme suit :

- L’humeur
- L’anxiété
- Les troubles de comportement
- Le repli sur soi
- Le ralentissement psychomoteur
- Trouble de mémoire

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION 7
CHAPITRE I : CADRE INSTITUTIONNEL ET DEROULEMENT DU STAGE 9
1.1. Cadre institutionnel du stage 9
1.1.1. Présentation du CHUD/Borgou 9
1.1.1.1. Historique et situation géographique 9
1.1.1.2. Missions et activités 11
1.2. Déroulement du stage et travaux effectués 12
1.2.1-Objectif général du stage 12
1.2.2 Objectifs spécifiques du stage 12
2.2- Les outils du stage 13
1.2.2. Activités menée au cours du stage 13
1.2.2.1 Prise en charge thérapeutique 13
1.2.2. Synthèse des atouts et problèmes du service de psychiatrie du CHUD/Borgou 15
CHAPITRE II : CADRE THEORIQUE DE LA RECHERCHE ET APPROCHE METHODOLOGIQUE ADOPTEE 16
2.1. Cadre théorique de la recherche 16
2.1.1. Enoncé du problème, hypothèses et objectifs 16
2.1.1.1. Enoncé du problème et question de recherche 16
2.1.1.2.1. Hypothèse générale 19
2.1.1.2.2. Hypothèses Spécifiques 19
2.1.1.3. Objectifs de la recherche 19
2.1.1.3.1. Objectif général de la recherche 19
2.1.1.3.2. Objectifs spécifiques de la recherche 19
2.1.2. Revue de littérature 19
2.2. Approche méthodologique de la recherche 22
2.2.1. Nature de la recherche 23
2.2.2. Groupes cibles et échantillonnage 23
2.2.2.1. Groupes cibles 23
2.2.2.2. Technique d'échantillonnage et échantillon 23
2.2.2.2.1. Critères de sélection 24
2.2.3. Techniques et outils de collecte de données 25
2.2.3.1. La recherche documentaire 25
2.2.3.2. L'observation 25

2.2.3.3. L'entretien 25
2.2.4. Techniques de traitement et d'analyse des données 26
2.2.5. Difficultés éprouvées 26
CHAPITRE III : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 28
3.1. Présentation et analyse de la vignette clinique 28
3.1.1. Présentation de la vignette clinique 28
3.1.2. Analyse psychologique du cas clinique 30
3.1.3. Projet thérapeutique 34
-Une psychoéducation à l'égard de la patiente et de la famille à court et à long terme 34
- Une psychothérapie de soutien 34
- Une psychothérapie systémique 34
- La sociothérapie pour régler la situation de sa fille 34
- Faire intervenir le service social au regard du manque de moyens des parents 34
3.1.4. Intérêt 34
CHAPITRE IV : DISCUSSION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 35
4.1. Discussion du cas clinique 35
CONCLUSION 38
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES 39
ANNEXES 42
TABLE DES MATIERES 46