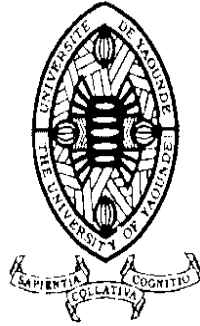


UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE (CRFD) EN
SCIENCES HUMAINES, SOCIALES ET
EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR
HUMANITIES, SOCIAL SCIENCE AND
EDUCATIONAL

DOCTORAL RESEARCH UNIT FOR
SOCIAL SCIENCES

PSYCHOLOGY DEPARTMENT

RESILIENCE ET COMORBIDITES CHEZ LES SCHIZOPHRENES : ETUDE DE CAS

*Mémoire soutenu et présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en
Psychologie*

Option : Psychopathologie et clinique

Par

NOALE Boris Lebon

15N296

Licencié en Psychologie

JURY

Président : NGUIMFACK Léonard, *Professeur*

Rapporteur : NDJE NDJE Mireille, *Maître de conférences*

Examineur : BANINDJEL Joachen, *Chargé de cours*



19 Juillet 2023

SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	i
REMERCIEMENTS.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES ANNEXES	vi
LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES.....	vii
RESUME	viii
ABSTRACT.....	ix
INTRODUCTION GENERALE	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE.....	5
CHAPITRE II : RESILIENCE, SCHIZOPHRENIE ET COMORBIDITES PSYCHOPATHOLOGIQUES	28
CHAPITRE III: RESILIENCE ET PERSONNALITE	62
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE.....	83
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	107
CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES RESULTATS	129
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	148
ANNEXES	155
TABLE DES MATIERES	173

A
Monseigneur Emmanuel DASSI

REMERCIEMENTS

Parvenu au terme de cet exercice qui clôture la fin de notre cycle master, nous tenons à souligner que les multiples efforts et apports qui ont contribué directement ou indirectement à la réalisation de ce travail de recherches ne se sont pas déversés sur les yeux d'un malvoyant, dans les oreilles d'un sourd ou sur un ingrat. C'est pour cette raison que nous adressons nos distingués remerciements à toutes les personnes rencontrées avant la finalisation de ce travail, et qui d'une manière ou d'une autre nous ont apporté leur collaboration et leur soutien.

Notre reconnaissance est particulièrement adressée :

- Au Dr. Joachen BANINDJEL : notre directeur de recherche pour son attention, sa disponibilité son regard critique et minutieux qui ont permis la réalisation de ce travail.
- Au Pr.(MC) NDJE NDJE Mireille qui a accepté de relire ce travail et y apporter sa contribution.
- Au Pr. NGUIMFACK Léonard qui a été toujours présent au cours de notre formation et nous a amené à grandir dans ce domaine de la science.
- A madame NDONGO Julia pour son dévouement et son engagement à la réussite de ce travail.
- A monsieur SOH Joseph pour son soutien moral et financier au cours de cette longue période de recherche.
- A monsieur KENGNE Benoit pour son soutien moral et ses enseignements.
- A madame kENGNE Irène pour sa présence et pour ses accompagnements.
- A madame Kuepouo Vivianne pour son soutien continu
- A madame Naoussi pour sa motivation et ses encouragements
- A tous les enseignants du département de psychologie de l'université de Yaoundé I pour les enseignements qu'ils ont dûs mener à bien au cours de ces dernières années.
- A tout le personnel de l'hôpital Jamot notamment son Directeur qui a permis que nous puissions accéder à l'hôpital, au Dr MENGUENE Laure et au Dr KAMGA Olen chefs des services psychiatrique A et B de cet hôpital.
- A tous les membres de ma famille pour le soutien de toute nature.
- A tous les amis et promotionnaires pour leur soutien.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Analyse des facteurs de la résilience22

Tableau 2 : Analyse factorielle86

Tableau 3 : Installation de l'hôpital Jamot.....94

Tableau 4 : Résultat à l'échelle de résilience124

Tableau 5: Récapitulatif des participants au Yale de Brown.....126

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : EFFET DE LA RESILIENCE SUR LES COMORBIDITES.....114

Figure 2 : EFFET DE LA RESILIENCE SUR LES COMORBIDITES.....127

LISTE DES ANNEXES

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE 156

ANNEXE 2 : FORMULAIRES DE CONCENTEMENTS ECLAIRES 157

ANNEXE 3 : DAMANDE DE STAGE 159

ANNEXE 4 : TEST ET ECHELLE 160

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN 165

ANNEXE 6 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC PASTA 166

ANNEXE 7 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC NDZEUNA..... 172

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

B.R.E.F : Batterie rapide d'efficience frontale

C.I.M : Classification internationale de maladies

C.T.A : Centre de traitement agréé

D.S.M : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

E.T.P : Education thérapeutique du parient

I.N.S.E.R.M : Institut national de santé et de recherche médicale

M.M.D : Maladie maniaco-dépressive

O.M.S. : Organisation mondiale de la santé

P.M.D : Psychose maniaco-dépressive

SIDA : Syndrome d'immunodéficience acquise

T.C.C : Thérapies comportementales et cognitives

T.O.C : Trouble obsessionnel compulsif

T.S.P.T : Trouble de stress post traumatique

RESUME

La présente étude traite de la capacité de résilience chez les schizophrènes. La prise en charge de la schizophrénie en milieu psychiatrique est souvent rendue efficace à travers des techniques qui révèlent de ce milieu. Mais il se pose très souvent le problème de la responsabilité du sujet lui-même par rapport à son trouble. C'est à ce titre que cette étude pose le problème de la gestion des comorbidités de ces derniers. Elle se fixe donc pour objectif d'analyser comment la capacité de résilience favorise la gestion des comorbidités chez les schizophrènes. Pour y parvenir l'hypothèse générale a été formulée comme suit : « la capacité de résilience des schizophrènes favorise la gestion de leurs comorbidités. ». De l'opérationnalisation de cette hypothèse, trois hypothèses spécifiques ont été formulées. L'étude se situe dans un paradigme compréhensif avec pour méthode une démarche qualitative adossée sur des entretiens semi-directifs réalisés sur un échantillon de deux sujets. L'analyse des contenus des données empiriques s'est faite sur une orientation thématique. Il en découle que le schizophrène a la capacité de mobiliser certaines aptitudes qui s'identifient dans les tuteurs de la résilience lui permettant de surmonter les troubles qui s'ajoutent à sa schizophrénie. Nous arrivons à l'évidence que la personnalité fonctionnelle chez les schizophrènes se veut créative et autonome s'adaptant aux situations difficiles et complexes, se faisant elle se trouve dans l'obligation de favoriser la gestion des comorbidités liées à la schizophrénie. Ce type de personnalité entre facilement en contact avec différentes expériences tout en étant libre et confiant de son corps. Lorsque le schizophrène parvient à forger des bonnes représentations, à réguler ses affects et à prendre en compte sa pensée et celle des autres et par ricochet développer une bonne mentalisation, celle-ci lui donne de surmonter les obstacles qui se présentent face à lui.

Mots clés : Capacité de résilience ; personnalité ; schizophrénie ; comorbidité schizophrénique ; mentalisation

ABSTRACT

This study deals with resilience capacity in schizophrenics. The management of schizophrenia in a psychiatric environment is often made effective through techniques that reveal from environment. But often, the problem arises of the responsibility of the subject himself in relation to his disorder. It is for this reason that this study raises the problem of the management of the comorbidities of these schizophrenics. It therefore sets itself the objective of analyzing how the capacity for resilience promotes the management of comorbidities to schizophrenics. To achieve this, the general hypothesis was formulated as follows: «the resilience capacity of schizophrenics favors the management of their comorbidities. ». From the operationalization of this hypothesis, three specific hypotheses were formulated. The study is based on a comprehensive paradigm with a qualitative approach based on semi-structured interviews carried out on a sample of two subjects. The analysis of the contents of the empirical data was done on a thematic orientation. It follows that the schizophrenic has the ability to mobilize certain skills that are identified in the guardians of resilience allowing him to overcome the disorders that are added to his schizophrenia. We come to the evidence that the functional personality in schizophrenics wants to be creative and autonomous adapting to difficult and complex situations, in doing so it is obliged to promote the management of comorbidities related to schizophrenia. This type of personality easily comes into contact with different experiences while being free and confident of their body. When the schizophrenic manages to forge good representations, to regulate his affects and to take into account his thoughts and those of others, and by extension develop a good mentalization, this one allows him to overcome the obstacles which present themselves in front of him.

Keywords : *Resilience capacity ; personality ; schizophrenia ; schizophrenic comorbidity ; mentalization*

INTRODUCTION GENERALE

L'activité humaine se donne pour principal objectif de clarifier et d'expliquer les phénomènes véhiculés dans le monde présent. De ce fait, la maladie mentale apparaît comme un point ne laissant personne insensible. Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), (2004) les troubles mentaux représentent près de 12% de la charge de morbidité mondiale et avait projeté que d'ici 2020 ils devraient être responsables de près de 5% de perte d'année de vie corrigées de l'incapacité. C'est chez les jeunes adultes, tranche d'âge la plus productive que cette charge est maximale. Dans les pays en développement, les troubles mentaux risquent d'augmenter dans les décennies à venir (OMS-2004). L'ampleur étant grandissante, le Cameroun a pris ce mal avec la plus grande considération possible. Ainsi l'intérêt se centre non seulement à la maladie mais aussi à la prise en charge. Partant de notre sujet de recherche intitulé comme suit : « capacité de résilience et gestion des comorbidités chez les schizophrènes : étude de cas » nous nous proposons d'élargir la compréhension sur les mécanismes qui favorisent la gestion des comorbidités de ces derniers. Se faisant nous avons formulé notre problème de recherche en mettant un accent particulier sur la gestion des comorbidités des schizophrènes.

Le problème de gestion de comorbidités que nous conservons dans cette recherche est marqué par une double nature. Il est d'une part pratique car il met un accent sur une situation sociale, clinique bien connue. D'autre part, ce problème se veut théorique car sa mise en parallèle avec les fondements théoriques de la résilience révèle quelques dissonances. En effet ce problème remet en cause la pensée d'Anaut (2005) selon laquelle la résilience présente chez tous les individus est un moyen pour contrer toutes difficultés qui se posent aux sujets. Pourtant nous voyons des sujets ayant jadis développé cette résilience mais qui se trouvent vulnérables faces aux comorbidités de la schizophrénie et sont obligés de redéployer certains mécanismes de la résilience (mentalisation, fonctions de la personnalité, etc.) pour prendre en charge ces comorbidités, ce qui provoque la question suivante : comment la capacité de résilience favorise-t-elle la gestion des comorbidités chez les schizophrènes ? Cette question hautement pertinente nous fait penser à plusieurs auteurs qui ont marqué leur existence dans le domaine de la psychologie en se souciant du bien-être global et de la santé mentale des schizophrènes. C'est le cas d'Etet (2019) pour qui le bien-être du schizophrène est essentiellement dépendant du type de personnalité qui l'enveloppe. Le fond de sa pensée laisse comprendre que la capacité de résilience des schizophrènes varie en fonction de leur personnalité.

La théorie de personnalité de Rogers (1951) n'est pas en reste, elle souligne clairement qu'il existe une belle différence entre les individus, un aspect qui traduit la particularité et la

singularité de chaque individu. Ce qui entraîne les réactions variées des schizophrènes face à la schizophrénie et à ses comorbidités. Des lectures plus approfondies montrent qu'Etet et Rogers ne sont pas les seuls à s'intéresser à ce champ d'application, plusieurs autres auteurs se sont distingués. C'est le cas des développeurs de la théorie de la résilience dont les plus célèbres sont Anaut (2005) et Cyrulnik (2001) pour qui la résilience est une réalité chez tous les individus. Leur modèle théorique considère l'individu selon ses forces et son potentiel à pouvoir surmonter les différents obstacles de la vie. L'individu n'est plus perçu selon le point de vue de sa vulnérabilité, mais selon sa capacité à rebondir face aux difficultés. C'est toujours cette capacité de résilience qui selon ces auteurs est à l'origine de la gestion des comorbidités des schizophrènes.

Toutefois la vision d'Anaut (2005) & Cyrulnik (2001) révèle quelques limites. En effet le bien-être des schizophrènes ne saurait dépendre d'un seul facteur tel que le pense aussi Etet (2019) pour qui la santé mentale du schizophrène dépend uniquement de sa personnalité pourtant plusieurs autres facteurs participent significativement à l'élaboration de la capacité de résilience de ces derniers. Nous aurons l'occasion d'aborder ces facteurs dans ce travail.

Par ailleurs la nature de la résilience chez les schizophrènes nous invite à étendre notre réflexion. Elle n'est pas figée et évolue ; chez certains elle est ascendante et chez d'autres descendante et parfois elle évolue en dents de scie. Toutefois elle n'a pas une courbe stable.

Les participants de cette recherche ont été plusieurs fois soumis à l'échelle de résilience de Young et walgnild et les résultats qu'ils ont présentés expliquent un bon nombre de faits. D'abord lorsqu'ils sont remis en société par le personnel de l'hôpital où ils sont internés, ils ont un score élevé sur l'échelle de résilience mais lorsqu'ils reviennent plus tard pour la gestion de leurs comorbidités on se rend compte que leur score sur cette échelle a considérablement baissé ce qui pousse à dire que la résilience dont parlent Cyrulnik et Anaut est essentiellement temporelle et périodique et non permanente. Elle ne saurait répondre parfaitement aux attentes qui émanent de notre situation problème.

Dans le processus de gestion des comorbidités des schizophrènes, nous nous proposons de palier à ces limites en promouvant les approches suivantes :

Premièrement favoriser un modèle ternaire de l'élaboration de la capacité de résilience des schizophrènes, c'est-à-dire qui prend en compte les facteurs biologique, psychologique et social (modèle biopsychosocial). Mais nous insisterons principalement sur les facteurs psychologiques et sociaux. De ce fait nous montrerons comment la personnalité des

schizophrènes et leur capacité de mentalisation jouent un rôle sans pareil dans le processus d'élaboration de la capacité de résilience de ces derniers. Nous verrons comment la personnalité hautement fonctionnelle selon Rogers (1951) est un atout majeur dans cette manœuvre. La capacité de mentalisation du sujet est aussi importante au même titre que sa personnalité. Par ailleurs nous ne saurions omettre l'apport des facteurs de la résilience qui s'impliquent dans cette perspective au même niveau que les deux autres facteurs cités précédemment.

Deuxièmement nous proposerons qu'une fois la résilience mise sur place qu'elle soit maintenue et conservée par un système de suivi continu qui éviterait toute sorte de rupture dont les conséquences pourraient entraîner une rechute chez les schizophrènes.

Les propositions citées plus haut cadrent avec les objectifs que nous avons fixés dans cette recherche : « Analyser comment la capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la gestion des comorbidités de ces derniers. » De cet objectif général il en découle les objectifs spécifiques de cette recherche qui sont les suivants :

- Appréhender comment les facteurs de la résilience chez les schizophrènes contribuent à la gestion des comorbidités de ces derniers.
- Saisir comment la personnalité du schizophrène participe à l'élaboration de sa capacité de résilience et par conséquent à la gestion de ses comorbidités.
- Comprendre comment la capacité de mentalisation des schizophrènes contribue à la gestion des comorbidités de ces derniers.

Pour atteindre ces objectifs et rendre compte des résultats qui constitueront l'essentiel de ce travail de longue haleine, nous avons jugé bon de produire un mémoire de six chapitres conformément à la pédagogie et au canevas de l'Université de Yaoundé1 à savoir :

Chapitre 1 : Problématique de l'étude

Chapitre 2 : Revue de la littérature

Chapitre 3 : Insertion théorique de l'étude

Chapitre 4 : Méthodologie de l'étude

Chapitre 5 : Présentation et analyse des résultats

Chapitre 6: Interprétation et la conclusion des résultats.

Nous insérons ces chapitres entre l'introduction générale et la conclusion générale.

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

Dans ce chapitre, il est question pour nous de présenter le contexte de notre étude, justifier notre sujet de recherche et poser clairement notre problème sans omettre de donner sa pertinence sur divers plans. Mais avant, nous allons poser des questions de recherche lesquelles détermineront nos hypothèses. Ces hypothèses orienteront logiquement nos recherches et influenceront la qualité des données recherchées. Ensuite nous allons fixer des objectifs que nous déterminerons leurs atteintes au cœur de ce mémoire. Nous exposerons clairement les intérêts de cette étude. Vers la fin de ce chapitre, nous présenterons les limites de cette étude lesquelles seront mieux expliquées dans le chapitre de l'interprétation des résultats après que nous ayons fait le terrain de notre recherche.

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION

La prise en charge des maladies mentales est au centre des préoccupations dans le monde entier. En effet les troubles mentaux ont une ampleur grandissante et font couler beaucoup d'encre et de salive. Selon l'OMS (2004), les troubles mentaux représentent près de 12% de la charge de morbidité mondiale. Pour cette organisation, les dégâts causés par ces troubles seront plus nombreux et plus dévastateurs dans les années à venir si les sociétés humaines ne s'appliquent pas dans la prise en charge de ces troubles. L'OMS (2004) souligne que les adultes, la tranche d'âge la plus productive constitue la charge maximale, elle est de plus en plus concernée et se présente comme victime et actrice principale au cours de la prise en charge. Toutefois, les personnes atteintes des troubles mentaux sont l'objet de stigmatisation et de discrimination dans toutes les parties du monde. Ceux qui souffrent de la schizophrénie sont particulièrement indexés.

Pour l'OMS (2019), la schizophrénie est un trouble mental, sévère et chronique qui touche environ 23 millions de personnes dans le monde elle est plus fréquente chez les hommes (12millions) que chez les femmes (9 millions). En général ce trouble débute entre 15 et 25 ans et évoluent jusqu'à la fin de la vie de l'individu mais on peut aussi avoir des cas tardifs (après 35 ans) surtout chez les femmes. Selon INCEA (2012), environ 60% des personnes victimes de la schizophrénie sont des femmes et 40% sont des hommes. L'INCEA pense que l'estimation de réduction de l'espérance de vie des schizophrènes est de 10 à 20 ans. Cette organisation affirme sans réserve que 15000 EUROS est le coup moyen de traitement de la schizophrénie par jour. Pour l'INCEA 10% de sujets atteints de schizophrénie présentent une bonne autonomie. 50% de personnes souffrantes de schizophrénie sont des fumeurs contre 30% de la population et 20% de

schizophrènes présentent une dépression caractérisée. Toutes ces statistiques montrent à suffisance que la maladie mentale, surtout la schizophrénie n'est pas un mystère dans le monde.

Parlant de l'Afrique, les études ont montré que la maladie mentale suscite un intérêt particulier sur le continent. L'important matériel dédié à la résolution des troubles mentaux, le nombre de spécialistes consacré à cet effet témoignent de la grande participation de l'Afrique pour la résolution des troubles mentaux dans le continent.

A en croire les études de Lansana (2016) cité par Etet (2019), plusieurs pays en Afrique ont pris la maladie mentale avec la plus grande considération possible et y développent les moyens nécessaires pour la résolution des problèmes liés à ces troubles. Le Kenya dispose environ un quart de ses 44millions d'habitants comme personnes victimes de la maladie mentale ; le Nigéria environ 40 à 60 millions de personnes malades, le Ghana estime environ 2,6 millions de personnes victimes. Tous ces malades ont forcé l'Afrique à prendre des mesures sanitaires sérieuses. Ainsi le Kenya dispose de 22 hôpitaux psychiatriques 56 services psychiatriques 80 psychiatres 30 psychologues cliniciens et 250 infirmières travaillant dans le service psychiatrique. Le Nigéria se limite à 130 psychiatres pour une population d'environ 174 millions d'habitants, le Ghana quant à lui ne compte que 3 hôpitaux psychiatriques et une vingtaine de psychiatres. La Sierra Leone fut la pionnière dans le domaine de la santé mentale il y'a plus d'un siècle avec pour illustre « hôpital royal et asile pour les africains sauvés de l'esclavage grâce à la bravoure de la philanthropie britannique ». Cet hôpital est le seul jusqu'à présent dans le pays et actuellement se trouve dans un état d'abandon. Ce pays n'est pas différent du Libéria qui ne possède qu'un seul hôpital psychiatrique, certains pays n'en ont même pas, c'est le cas de l'Afrique du sud qui bien qu'étant conscient de la présence des troubles mentaux, ne dispose d'aucun hôpital psychiatrique car le pays considère la maladie mentale comme une souffrance surnaturelle qui ne saurait être guérie que par des interventions spirituelles ou en ayant recours aux médecines traditionnelles. Autre curiosité affirme Lansana (2016), la majorité des malades mentaux en Afrique errent dans la rue ou alors vagabondent ; ce vagabondage est considéré comme un crime alors nombreux de ces vagabonds se retrouvent dans les prisons. C'est à raison de cela qu'en septembre 2015 l'assemblée générale des Nations Unies a inclus la santé mentale et le traitement comme objectifs communs du développement durable. Ainsi la majorité des dirigeants politiques des Nations africaines reconnaissent que la santé mentale est une priorité. Ces pays ont désormais la possibilité d'agir en tenant compte de cette considération

et d'augmenter leurs dépenses dans le cadre de la santé mentale. A cet effet on peut noter que ces pays consacrent en moyenne 1% de leurs budgets de santé à la santé mentale.

Nous pouvons donc dire que les troubles mentaux sont pris en compte en Afrique cependant il est intéressant que nous poussions notre analyse en nous appuyant sur le cas du Cameroun. En effet la maladie mentale au Cameroun est une réalité malgré le fait qu'elle a des significations différentes en fonction de la diversité culturelle et ethnique du pays pour ainsi dire la maladie mentale n'est pas une entité singulière mais un construit qui englobe les facteurs biologiques environnementaux et sociaux. La cause est externe au sujet ou la rupture avec l'un de ses pôles (Sow 1980).

La schizophrénie est un trouble présent dans la réalité camerounaise. Louis J. (2009) affirme que la schizophrénie touche environ 170000 personnes au Cameroun. Cependant le nombre de schizophrènes au Cameroun est grandissant et provoque une interpellation incontestable.

Après avoir présenté quelques arguments qui montrent à suffisance que les maladies mentales en particulier la schizophrénie sont une réalité dans les sociétés humaines, nous allons maintenant nous tourner vers la prise en charge de la schizophrénie. Elle est de plus en plus prise en charge. A cet effet plusieurs auteurs nous présentent les statistiques sur la nature de cette prise en charge et du rétablissement des personnes qui en sont victimes. Fort de cela la discipline que représente la psychologie trouve nécessaire de s'intéresser davantage à la notion de prise en charge. Ce concept a d'ailleurs été au centre du colloque de Bruges en Belgique le 17 novembre 2017. Ce fut l'occasion de démontrer que les personnes atteintes des troubles mentaux graves notamment la schizophrénie lorsqu'elles sont prises en charge peuvent se rétablir et développer des valeurs clés ; c'est-à-dire elles deviennent aptes à accomplir des activités quotidiennes. Leur rétablissement s'explique aussi par un accent mis sur le contexte de vie de la personne par leur implication dans les domaines qui les concernent, outre ce colloque a défini le rétablissement comme « une attitude, une prise de conscience au fil de la journée et d'affronter les défis qui se présentent à moi (...) savoir ce que je ne peux pas faire me permet de mieux voir les nombreuses possibilités qui s'offrent à moi ». A la suite de cette définition ce colloque nous a édifié davantage en démontrant au moyen des chiffres, des statistiques que le rétablissement dans la schizophrénie n'est pas un mystère. Les pourcentages en disent plus.

Ce colloque a poursuivi son analyse en donnant des dimensions au rétablissement parmi lesquelles :

- « le rétablissement social » ou le sujet témoigne d'une autonomie dans les termes suivants : le logement l'emploi, le revenu et les relations sociales.
- « le rétablissement personnel » qui s'explique par la restauration du sens de l'existence, la responsabilisation et l'espoir.
- « le rétablissement fonctionnel » ou le sujet présente la capacité à affronter des situations à se saisir de ses capacités et de ses limites.
- « le rétablissement clinique » : rémission des symptômes.

Ces dimensions doivent être prises en compte avec la plus grande considération d'autant plus qu'elles ont été précédemment évoquées par Koenig (2014). A sa suite plusieurs autres auteurs ont abordé la question du bien-être des schizophrènes dans la même lancée. Duplantier (2008) n'a pas échappé à cette logique. Le fond de sa pensée témoigne d'une parfaite maîtrise du processus de résilience chez les schizophrènes et leur rétablissement total. Pour présenter donc les étapes essentielles qui éclairent à suffisance les différentes phases du rétablissement, il s'exprime en ce sens :

- « La phase de latence » : elle est caractérisée par quelques symptômes positifs dès la schizophrénie (le déni, la confusion, le désespoir, la perte d'identité, et repli sur soi) la durée de ces symptômes est relative ; le sujet tente d'y échapper cependant il est déconnecté de la réalité ;
- « la prise de conscience » où le patient se rend compte qu'il vivait dans un véritable enfer et refuse de continuer une telle souffrance ;
- « la préparation » la personne atteinte accepte l'idée selon laquelle cela peut durer quelques temps et qu'il est nécessaire que certaines mesures soient mises sur pied pour qu'il puisse retrouver la santé ;
- « la reconstruction » elle nécessite un travail personnel mais aussi les efforts externes ;
- « la croissance » cette phase est connue comme étant l'aboutissement du processus de rétablissement.

Après la consultation des études, il a été démontré sans ambiguïté que la prise en charge et le rétablissement est une réalité pour de nombreuses personnes atteintes de schizophrénie. Il s'agit des études faites en Suisse en Allemagne au Etats unis et au Japon. L'OMS aussi a mené son étude dans plusieurs pays de cultures différentes. La moyenne de période de suivi était de 32 à 37 ans. La plupart étant hospitalisées avec un diagnostic de schizophrénie et 1/3 de ces personnes et plus ont été rétabli c'est-à-dire ne présentant ni symptômes ni comportement

étrange ne prenant plus de médicaments vivant dans la communauté travaillant et ayant de bons rapports avec les autres. Démontrant ainsi que la schizophrénie qui était un trouble jadis incurable n'est plus le cas tel que le souligne certains auteurs et certains colloques.

Toutes ces observations nous plongent dans un contexte où les schizophrènes sont de plus en plus pris en charge ces dernières années. Au Cameroun le nombre de schizophrènes reçu dans les centres agréés est grandissant. La place de ces derniers ne se trouve plus dans la route. A cet effet Etet (2019) montre que sur les 1041 patients reçus à l'hôpital Jamot de Yaoundé entre 2002 et 2003, 5,40% souffraient de schizophrénie. Entre 2011 et 2015, 49582 patients ont été pris en charge dans le même hôpital, parmi les pathologies dont souffraient ces patients, la schizophrénie était récurrente.

Suite à ces multiples raisons qui statuent sur l'état de la schizophrénie, nous allons poursuivre notre analyse en donnant les raisons qui nous ont poussés à nous intéresser sur ce sujet. En effet nous avons choisi ce sujet pour plusieurs raisons. Ces raisons se regroupent sur plusieurs plans, notamment le plan social et sur le plan de la prise en charge psychologique.

Sur le plan social nous avons constaté que plusieurs schizophrènes remplissent les critères de la normalité de Koeming (2014) et cité par Etet (2019). Ils sont de plus en plus utiles dans la société, et sont aussi responsables que les personnes pourvue d'un bon état psychologique. Nous rejoignons ainsi Etet (2019) qui affirme en les termes suivants : « la plupart du temps vous pouvez même les rencontrer au bureau ou dans un service et interagir avec elles sans savoir qu'elles souffrent d'une maladie quelconque ». Ces personnes perdent totalement le contrôle lorsque les comorbidités surviennent. Elles deviennent incapables de mener une activité avec lucidité, en d'autres termes elles deviennent un poids pour la société. Parlant de cette crise Etet (2019) affirme : « lorsque la crise survient, les malades souffrant de schizophrénie peuvent être très brutaux. Ils peuvent devenir violents, avoir des délires. Ils peuvent également hausser le ton et parler avec des personnages imaginaires ou encore prendre une personne réelle pour cible tant dis qu'ils sont dans leur délire.... Ou manifester autres signes et symptômes. » A côté de cela ces personnes peuvent manifester des signes semblables aux addictions ou aux troubles obsessionnels compulsifs. Ces malades sont davantage vulnérables à cause des comorbidités qui surviennent au cours de la prise en charge. Ils1 deviennent dès lors un danger pour la société par le fait que ces comorbidités provoquent des comportements non acceptables par les normes régies par la société.

Sur le plan scientifique, nous nous sommes appesantis sur ce sujet car il met en exergue une maladie bien connue, qui affecte un bon nombre de personnes et ceux avec qui ils partagent la société. En effet le nombre de schizophrènes est important dans la ville de Yaoundé en particulier, et au Cameroun en général. Les personnes qui en sont victimes vivent un profond désarroi. Nous affirmons cela suite à une descente que nous avons faite à l'hôpital Jamot de Yaoundé. Au cours de cette descente nous avons compris que l'une des causes de la souffrance de ces patients est qu'ils n'acceptent pas le diagnostic posé et refusent de se conformer au traitement. Certains développent des attitudes plus responsables dans leur maladie, ils remplissent les critères de résilience d'Anaut (2003) dont nous y reviendrons. Seulement que ceux-ci sont en proie face aux comorbidités qui les accablent. La schizophrénie étant un trouble rarement isolé, elle s'accompagne généralement des comorbidités. Ces comorbidités varient et se manifestent en fonction de la personnalité de chaque individu. Ainsi en fonction de la personnalité, les comorbidités de la schizophrénie se manifestent différemment chez un individu. Une fois le mécanisme de résilience mis sur place, certains schizophrènes peuvent y associer leurs comorbidités or d'autres peuvent substituer leur trouble (schizophrénie) par les comorbidités. Ceux qui présentent ces comorbidités font l'objet d'une attention particulière, obligeant la science à s'intéresser sur la gestion de ces comorbidités. En réalité les schizophrènes ayant développés cette capacité de résilience au cours de la prise en charge se trouvent vulnérables quelques temps après faces à ces comorbidités. S'intéresser sur la gestion de ces comorbidités n'est donc pas une option, en science mais une nécessité.

S'il est vrai que les individus se distinguent des autres de par leur personnalité, il en est de même pour les schizophrènes. Certains sont résilient, d'autres sont impuissants face aux comorbidités qui surviennent. La science ne peut donc pas rester de marbre face à cette situation. A en croire Etet (2019) « le psychologue clinicien ne peut rester insensible, car l'une de ses vocations est de travailler au pied du lit du malade afin d'atténuer sa souffrance et de lui offrir des meilleures conditions de vie ». C'est fort de cela que nous nous intéressons à la résilience des schizophrènes ayant des comorbidités et à la gestion de ces comorbidités. Ce phénomène nécessite donc l'intervention des tests et échelles psychologique et une méthode scientifique pour appréhender les mécanismes par lesquels les schizophrènes forgent leur capacité de résilience et parviennent à prendre en charge ces comorbidités.

1.2. ETAT DE LA QUESTION

Plusieurs travaux ont été menés sur la capacité de résilience des schizophrènes et même sur la gestion de leurs comorbidités notamment les travaux Koenig (2014) portant sur la résilience globale des schizophrènes et leur rétablissement intégral ; Les travaux de Duplantier (2008) qui montrent clairement comment les schizophrènes retrouvent généralement leur état de bien-être avec une aisance déconcertée si certaines conditions sont réunies. Les travaux d'Etet (2019) se trouvent dans le même sillage, elle insiste sur l'idée selon laquelle le rétablissement chez les schizophrènes est fonction de leur personnalité. En effet ces études ont été élaborées par plusieurs auteurs en psychopathologie et par plusieurs institutions dans le domaine la santé. Parlant encore du processus de prise en charge de la schizophrénie, INSERM (2020) souligne que cette prise en charge regroupe une approche médicamenteuse et psychologique elle est globale, multidisciplinaire, articulée autour des volets médicaux, sociaux, psychologiques... adaptés à la multiplicité et à la diversité des symptômes, au profil de chaque patient, aux besoins d'accompagnements spécifiques à cette phase de la maladie, à la tranche d'âge, au terrain cognitif, médical et développemental, à la présence d'un abus de substance et à l'environnement. Une hospitalisation est souvent nécessaire lors d'un premier épisode, lorsqu'il est envahissant, mais une prise en charge plus précoce pourrait éviter cela. A en croire INSERM (2020) le processus de prise en charge commence avec les médicaments antipsychotiques.

Sur le plan médicamenteux, le traitement de première intention repose sur un antipsychotique de deuxième génération (ou antipsychotique atypique : rispéridone, aripiprazole, quetiapine, olanzapine). Il est généralement instauré progressivement, jusqu'à l'atteinte d'une dose efficace. Le traitement doit être chronique : maintenu au moins 2 ans après un premier épisode, et plus de 5 ans à partir du second. L'utilisation de solution injectable à action prolongée facilite la prise du traitement et le maintien de doses efficaces. Il peut être ajusté en fonction de la tolérance et l'efficacité observées (via la modification de la molécule ou des associations). L'hospitalisation du patient peut être nécessaire pour faciliter l'instauration du premier traitement. D'autres psychotropes comme des antidépresseurs ou des anxiolytiques peuvent être associés selon les symptômes du patient.

In fine, les antipsychotiques ont révolutionné la vie des patients. Ils atténuent les symptômes, principalement les symptômes „positifs“ et réduisent les rechutes et permettent pour certains patients une „guérison fonctionnelle“ associée à une bonne qualité de vie.

Malheureusement, jusqu'à un quart des patients présentent une résistance aux antipsychotiques. Certaines molécules peuvent être prescrites en seconde intention, comme la clozapine. Face à cela INSERM (2020) juge donc que l'approche psychologique est indispensable.

Les difficultés cognitives, sociales ou la perte d'autonomie dans la vie quotidienne ont un impact important sur le processus de rétablissement (difficulté à reprendre une activité professionnelle, difficulté à vivre seul...) : une réhabilitation psychosociale permet d'aider la personne à progresser pour atteindre ses objectifs en matière de projet de vie. Elle se fonde sur les capacités du patient et vise à les utiliser pour améliorer son quotidien. Elle comporte notamment :

Une réhabilitation (ou remédiation) cognitive, qui traite notamment les symptômes de désorganisation. Il s'agit d'une technique non médicamenteuse qui consiste à identifier les différentes composantes cognitives altérées par la maladie (troubles attentionnels, mémorisation, exécution...) et à trouver des solutions pour guérir ou contourner ces troubles, à travers des jeux de rôles, des exercices ou encore une éducation à sa propre maladie. Elle se pratique le plus souvent sous forme d'entretiens individuels entre le patient et un professionnel de santé formé à cette thérapie (psychologue, infirmier...), au rythme de deux à trois séances par semaine pendant environ 3 à 6 mois. INSERM (2020).

Certaines modalités de thérapie cognitivo-comportementale (TCC) peuvent permettre au patient de gérer non seulement ses symptômes négatifs mais aussi positifs, et l'aider à éviter l'enfermement sur lui-même et la désocialisation progressive. Ces thérapies peuvent aborder des dimensions émotionnelles (angoisse, estime de soi, gestion du stress), sociales (hygiène de vie, motivation à entreprendre et aller vers les autres), ou encore médicales (réduction de sa consommation de substances psychogènes, éducation sur sa maladie).

Des séances de cognition sociale (sur la maladie, ses symptômes, son traitement...), d'ergothérapie et/ou d'accompagnement sur le plan social et professionnel...peuvent aussi être envisagés selon les besoins.

La psychoéducation du patient, ou éducation thérapeutique du patient (ETP), est un élément essentiel de la prise en charge, permettant à l'intéressé de mieux comprendre la maladie, ses symptômes, son traitement, sa santé en général, et l'aider à "faire avec".

Le soutien et l'éducation de l'entourage est également essentiel pour assurer un bon engagement du patient et de sa famille. Le programme BREF est une étape initiale dans le

parcours des aidants dont le but est de renseigner les aidants sur les dispositifs existants. Le programme Pro famille est précieux pour aider les parents à développer leurs connaissances et leur compréhension de la maladie et leur donner les outils pour faire face et diminuer leur fardeau.

Tous ces éléments évoqués par INSERM (2020) éclairent à suffisance sur le processus de prise en charge des schizophrènes lequel favorise le processus de résilience de ces derniers. Torgalsboen (2012) parle donc de cette résilience chez les schizophrènes. En effet il a constaté que le rétablissement de la schizophrénie avait des résultats de résilience significativement élevés. Pour lui la résilience est utilisée comme un indicateur de guérison. La question suscitée par ses multiples découvertes est de savoir si le processus de résilience des schizophrènes participe à la gestion des comorbidités de ces derniers. Ceci étant nous situons donc la question de gestion des comorbidités des schizophrènes en les études de Koenig (2017) et Anaut (2003) ou les facteurs de rétablissements de Koenig ne sont pas complètement différents des facteurs de résilience de Anaut. Et pour Anaut (2003) cette même résilience a un rôle majeur sur toute maladie mentale et ses comorbidités. Cyrulnik (2001) aborde le concept de résilience dans la même lancée que Anaut ; pour lui c'est elle qui donne à la personne victime d'une affection mentale et d'un trouble mental de se remettre.

La résilience est une panacée aux troubles mentaux en général et la schizophrénie et ses comorbidités en particulier. Toutefois l'on ne peut parler de résilience sans parler de ses facteurs ; c'est pourquoi nous y associons les travaux de Rogers (1959) où la personnalité hautement fonctionnelle est une modalité importante dans la notion de rétablissement. Nedvedev (2023) parle plutôt de la dynamique familiale comme facteur incontestable de la résilience chez les personnes victimes de la schizophrénie et de ses comorbidités ; c'est elle qui donne à ces derniers leur état de bien-être. La mentalisation du patient a aussi sa part dans ce processus.

Enfin, nous ne saurions tourner cette page sans citer Xavier (2004) qui a fait de la gestion des comorbidités des schizophrènes son champ d'application. De ce qui découle du fond de sa pensée, fort est de constater que ladite prise en charge est une facilité. Avant toute chose il commence par rappeler que les principales comorbidités de la schizophrénie sont les dépendances à côté de celle-ci, il y ajoute une très longue liste et dont la prise en charge commence obligatoirement par un diagnostic minutieux et armé qui doit toutefois éviter la sous-estimation des fréquences de certaines anomalies. Après ce diagnostic s'en suit la demande de soins qui est forcément fondamentalement ambivalente. Car elle est plus motivée par les

complications de schizophrénie que les comorbidités elles-mêmes. En effet les drogues sédatives apaisent les hallucinations, délires et idéations paranoïdes avec une certaine distance, voire une possible modulation des phénomènes d'élusifs (Xavier 2004). Cette distanciation peut entraîner une adhésion partielle aux productions pathologiques vécues comme toxique. Ainsi les systèmes de soins en santé mentale tendent à se décharger de l'inadéquation de ces patients. Toutefois Xavier (2004) ne manque pas de solution face à cette situation. Il pense que la demande des patients doit être particulièrement écoutée. La motivation aux soins se veut fluctuante, ambivalente ; l'adhésion à une structure, quelle qu'elle soit est un facteur de bon pronostic qu'il est nécessaire de favoriser. De manière plus pragmatique, l'organisation des soins doit être envisagée dans les avec un suivi ambulatoire pour les patients les plus désorganisés. S'en suit la multiplicité des intervenants médico-psychologiques, leur mode de fonctionnement souple, leur connaissance sur les souffrants, la possibilité de délivrer sur place à la fois des traitements de substitution et psychotropes facilitent le suivi ambulatoire qui est selon lui très médicamenteux.

1.3. CONSTAT ET PROBLÈME DE L'ÉTUDE

Ici nous ferons recours à ce que nous avons observé lors de nos multiples descentes sur le terrain. Ces observations minutieusement sélectionnées se résument dans un cadre de connaissances que nous nommons constat empirique. Ensuite nous mettrons en application nos connaissances livresques pour faire ressortir les théories qui cadrent avec la quintessence de cette étude ; et c'est n'est qu'après cela que nous pourrons mettre en exergue le problème de cette recherche.

1.3.1. Constat

Au cours de nos multiples descentes sur le terrain, nous avons pris la peine d'observer minutieusement certains malades mentaux, notamment ceux atteints de schizophrénie. Nous avons lu et relu avec fort intérêt leur bilan de santé et nous nous sommes davantage concentrés sur l'observation naturelle de leur façon d'être, d'agir et de se comporter. Nous avons donc constaté que les personnes rétablies de la schizophrénie ont des résultats de résilience significativement élevés, ce qui leur donne un ticket d'accès à leur vie normale. Ils reprennent donc en main leurs activités quotidiennes et remmènent une vie considérablement admirable et dépourvue de tout soupçon de malaise mental. Nous ne nous sommes pas limités à ce niveau de l'observation, nous l'avons poursuivie et nous avons également constaté que la plupart des

schizophrènes suivis à l'hôpital Jamot sont amenés à un moment ou à un autre à être internés à nouveau. Ils semblent être totalement vulnérables et impuissants face à la nouvelle situation qui se présente devant eux et sont désormais plongés dans un profond désarroi doublement embarrassant.

D'abord, les concernés n'arrivent pas comprendre qu'il y a peu de temps, ils étaient bien portants mais les voilà à nouveau dans une incapacité totale. Autre fois ils étaient inconscients de leur trouble mais cette fois ils les décrivent parfaitement. D'autres ont des idées envahissantes et obsessionnelles qui les poussent à produire des comportements inadaptés et irrationnels. Plusieurs d'entre eux se lancent dans la consommation abusive des substances illicites telles l'alcool et toutes autres formes de drogues. Certains d'entre eux se trouvent dans un état de stress, d'anxiété généralisée, de stress post traumatique ou de dépression.

1.4. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME DE RECHERCHE

En situation de prise en charge les schizophrènes réagissent différemment en fonction de leurs personnalités. Ce qui poussent plusieurs acteurs de la psychologie à s'intéresser sur la notion de rétablissement chez ces derniers. C'est fort de cette situation que plusieurs auteurs se sont intéressés sur la notion de résilience dans sa globalité et sur la résilience en schizophrénie.

Cyrulnik (2001) prend le concept de résilience avec la plus grande considération possible ses travaux ont fait de lui l'un des plus grands développeurs de la théorie de la résilience. Cette théorie selon lui stipule clairement que lorsqu'un individu parvient à développer cette capacité de résilience alors elle ne le met pas à l'abri des obstacles mais elle lui donne les aptitudes et les compétences nécessaires pour surmonter ses difficultés. En outre le pouvoir de cette résilience est phénoménal ses fonctions sont impressionnantes et la satisfaction qu'elle procure sur celui qui la possède est impeccable. Elle ne laisse pas la personne qui la possède sombrer dans le triste sort de la maladie de la difficulté ou de l'obstacle. Contre vents et marrées la résilience donne la possibilité à celui qui la possède de rebondir et de surmonter ses difficultés.

Dans la même logique que Cyrulnik (2001), Anaut (2005) rejoint complètement la pensée de ce dernier et développe davantage ce concept de résilience. Elle apporte également une batterie d'éléments qui contribuent de façon significative à la théorisation de ce concept. Pour elle, le fonctionnement d'une personne résiliente s'édifie sur un jeu complexe de processus défensifs d'ordre intrapsychique et de facteurs de protections internes et externes. Son modèle est

fortement fondé sur l'approche du sujet considéré dans sa globalité avec ses ressources et ses processus défensifs. L'individu n'est plus considéré selon le point de vue de sa vulnérabilité mais selon ses forces et sa capacité à surmonter les difficultés. Tout laisse donc à croire que la résilience selon Anaut (2005) est un processus qui empêche à son détenteur de sombrer dans le cachot du trouble. Ainsi la résilience se présente comme un parafoudre qui n'empêche pas la tempête de tomber mais protège tout simplement l'appareil électronique des effets néfastes de la foudre.

Leconte (2002) fait un juste rapprochement entre la résilience et le rétablissement. Pour lui la résilience se définit comme un processus non linéaire par lequel une personne ayant vécu un traumatisme va pouvoir mener une vie satisfaisante. C'est dans ce sens que nous revenons sur la théorie du rétablissement de Koenig (2014) où elle fait clairement comprendre que la majorité des patients schizophrènes connaissent une évolution dans le processus de rétablissement. Ces patients ne sont plus condamnés à vivre avec un trouble qui les rend incapables d'entreprendre une action ou une activité sociale. Pour Koenig, (2017) « le rétablissement se décline actuellement selon deux acceptions » elle continue en affirmant que la prise en charge des schizophrènes aboutie au rétablissement définitif. Dans un autre article Koenig, Castilo, & al. (2014) démontrent de façon scientifique la justesse de l'hypothèse d'un possible rétablissement global dans la schizophrénie. Ils objectivent ces propos à travers l'affirmation suivante : « une rémission symptomatique établie avec un score égal ou inférieur à 4 modéré ; dans chacun des items relatifs aux symptômes positifs et négatifs de l'échelle brief psychiatrique rating scale (BPRS). » il y'a donc lieu de souligner que le rétablissement dans la schizophrénie est synonyme de disparition des signes et symptômes d'un patient jadis atteint de la schizophrénie. Ce rétablissement se traduit aussi sur l'axe fonctionnel du patient tel que souligné par cet article, « Les critères concernent le fonctionnement socioprofessionnel (par exemple minimum la moitié du temps consacré aux activités scolaire ou professionnelle) ; l'autonomie (par exemple être à même de gérer relativement seul sa prise de médicaments et ses finances) les relations sociales et familiales (par exemple avoir des contacts sociaux au minimum une fois par semaine » le fond de cette pensée démontre une prise en main et le souci de responsabilité dans le monde social . Parlant l'axe temporel ces auteurs affirment que : « le rétablissement implique que les critères précédents soient présents au moins deux années consécutives ». A la suite de ces propos on comprend qu'un patient pris en charge se rétablit et justifie cela par une expérience qualitative et quantitative sur les axes symptomatique fonctionnel et temporel, le rapprochant de son état

antérieur à la survenue de la maladie ; ce regard est fortement validé sur le plan médical et scientifique.

La présence de la résilience chez les schizophrènes pourrait donc indiquer qu'ils sont en bonne voie pour un rétablissement ou pour la disparition des signes et symptômes de la maladie. C'est sous cet angle, nous que la théorie du rétablissement de Koenig garde tout son sens. A sa suite Andresen, Oades & Caputi (2003) se penchent aussi sur la notion de rétablissement en schizophrénie. Pour eux le rétablissement est décrit à travers l'espoir et l'auto-détermination ce qui conduit à un esprit positif envers soi en fonction de la présence de la maladie ou pas. Ils ont ainsi récapitulé cinq étapes dans ces processus : le moratoire, la prise de conscience, la préparation, la reconstruction, et la croissance qui peut être considérée comme la sortie du processus de rétablissement. La personne pourrait ne pas complètement se débarrasser des signes et symptômes mais sait comment gérer la maladie. Grâce à la résilience, la personne maintient un regard positif et ainsi mène une vie normale. Il ou elle a un sens positif du soi ressentant l'expérience à fait d'elle personne confiante Andresen, Oades, & Caputi (2003) cité par Etet (2019).

Aujourd'hui les sciences de la santé mentale prônent donc l'hypothèse d'un possible rétablissement total des patients atteints de la schizophrénie (Koenig , 2014) . Cet auteur considère le rétablissement comme un processus d'amélioration de l'état de la santé d'une personne atteinte de la schizophrénie qui lui permet de récupérer le meilleur niveau d'autonomie possible pour mener une vie sociale, personnelle et familiale en dépit de symptômes résiduels. En outre le rétablissement dans la schizophrénie est loin d'être une spéculation mais une réalité à la fois objective et subjective qui se manifeste par un changement sur divers plans.

Sur le plan personnel, la manifestation d'une personnalité hautement fonctionnelle telle que décrite par Rogers (1959) révèle un signe positif chez les personnes atteintes de la schizophrénie. En effet le sujet présente une forte tendance de réalisation de soi. Celle-ci se caractérise par une belle ouverture à l'expérience qui favorise une actualisation de soi. A côté de celle-ci s'ajoute une vie existentielle, une confiance en son propre corps un sens de la créativité et une liberté expérientielle. La valeur positive de ces compétences représente les témoins du rétablissement dans la schizophrénie.

Pour ce qui est du changement social, nous voyons comment l'individu reprend le plein contrôle de ses activités sans regarder derrière sur son passé, et de ce qui se passait avant. Il n'a pas peur du passé car cela est antérieur à lui et reviendra plus. Il ne se soucie par du futur car il

est très incertain. Cependant il vit pleinement le présent. Toutefois il tire des leçons sur son passé et envisage l'avenir. Ses rapports avec les membres de la société sont beaucoup appréciables.

Sur le plan familial, le rétablissement des personnes atteintes de la schizophrénie se manifeste par la capacité de ces personnes à pouvoir assurer pleinement leurs différentes fonctions dans la famille. Ces personnes cessent d'être une charge pour la famille et deviennent un support sur lequel la famille peut se reposer. Le patient jadis déclaré schizophrène n'est donc pas condamné à être un fardeau pour sa famille mais une source de joie de satisfaction et de bonheur.

Ce rétablissement intégral et global chez les schizophrènes aussi clair que l'eau de roche chez ces auteurs renommés n'est qu'une extension de la résilience chez ces derniers. En effet « résilience » et « rétablissement » sont deux réalités intimement liées et donc dans une certaine mesure l'une est égale à l'autre (Leconte, 2002). Lorsque nous parlons de résilience, nous pensons immédiatement à Anaut (2005) qui la considère comme la capacité à surmonter les difficultés de cette vie. Nous voyons l'effectivité de cette résilience sur les participants de cette recherche et nous la vérifions à travers l'échelle la résilience de Wagnild et Young (1993).

Nos décentes sur le terrain nous ont permis de constater le contraire de ce qui précède. En effet nous constatons que des personnes ayant jadis développé une capacité de résilience se trouvent vulnérables, faibles et anéantis face aux comorbidités de la schizophrénie. Or la résilience qu'ils avaient développée antérieurement devrait leur permettre de surmonter l'obstacle éprouvé. Les cliniciens qui venaient d'éprouver la joie de voir leurs patients rétablis du trouble qui les accablait se trouvent face à cette situation aussi embarrassante pour les personnes victimes des troubles imminents. Ceci oblige donc les cliniciens à rétablir un minutieux diagnostic approfondi sur ces personnes souffrantes. De ce diagnostic il en découle clairement que ceux-ci souffrent des comorbidités de la schizophrénie.

Le fait de voir des personnes qui jadis souffraient de la schizophrénie et ayant développé une capacité de résilience face à celle-ci revenir en psychiatrie non plus à cause de la schizophrénie mais à cause des comorbidités de celle-ci est une situation hautement critique qui nécessite une étude sérieuse sur la façon dont ceux-ci prendront en charge lesdites comorbidités.

C'est au regard de ce constat qui contraste avec ce que dit la théorie et ce que nous voyons que nous nous questionnons sur l'adaptation de la résilience face la gestion des comorbidités chez les schizophrènes.

1.4.1. Champ et problématique scientifique

La présente étude est menée dans le champ disciplinaire des Sciences humaines notamment en psychopathologie et clinique. Elle s'intéresse à l'humain vu sous deux versants : le versant pathologique ce qui relève de l'anormal et son versant normal (Pecinielli, 2006). Dans cette étude, la dimension clinique s'intéresse à la gestion des comorbidités chez les malades mentaux de l'hôpital Jamot atteints de la schizophrénie. L'environnement d'interaction ici est essentiellement constitué du patient souffrant ayant eu à développer antérieurement une capacité de résilience, de sa famille et du personnel soignant qui lui procure des soins palliatifs.

Cette recherche s'inscrit dans le paradigme de l'intégration. Ledit paradigme conçoit tout phénomène comme contextuel et variable (Ovambe, 2014). Le phénomène de gestion des comorbidités chez les schizophrènes est donc étudié dans un contexte précis, celui des patients qui retournent à l'hôpital Jamot après avoir développés une certaine capacité de résilience face à la schizophrénie. Aussi, les modes de prise en charge sont variables d'un patient à un autre. Dans ce paradigme, l'étude s'insère mieux dans les processus de résilience. Ladite résilience conçoit la personne comme un système ayant des mécanismes régulateurs et cognitifs capable de rebondir face aux difficultés. La résilience dans l'étude et les mécanismes de régulation y afférents se font face aux comorbidités de la schizophrénie.

L'étude se fait sous l'ancrage de plusieurs théories notamment celle de la résilience d'Anaut (2003). Cette théorie postule que l'individu ne doit plus être pensé selon le point de vue de sa vulnérabilité et de sa faiblesse mais comme une force capable de surmonter les obstacles de ce monde. Mais cette théorie à elle seule ne suffit pas pour analyser comment le schizophrène arrive à gérer totalement ses comorbidités. Plusieurs autres facteurs sont impliqués dans cette gestion de comorbidités. Suite à cela, nous avons immédiatement intégré la théorie de la personnalité selon Rogers (1959) où l'individu ayant une personnalité fonctionnelle est capable de surmonter les difficultés de ce monde avec une aisance déconcertée surtout s'il se représente bien les phénomènes. C'est pourquoi nous n'avons pas omis la théorie de mentalisation selon Mayi. Dans cette recherche nous mettrons donc ces différentes théories ensemble afin de mieux cerner comment les schizophrènes prennent en charge leurs comorbidités.

1.5. QUESTIONS DE RECHERCHE

1.5.1. Question principale de recherche

Cette étude telle que nous la concevons s'intéresse à la prise en des comorbidités chez les schizophrènes. Se faisant, elle vise à répondre à la question comment la capacité de résilience des schizophrènes favorise-t-elle la prise en charge des comorbidités de ces derniers ?

1.5.2. Questions secondaires de recherche

La prise en charge des comorbidités étant le moyen salvateur aboutissant au rétablissement des schizophrènes ayant jadis développé une capacité de résilience. Alors nous allons nous intéresser aux facteurs secondaires de résilience les plus significatifs dans le processus de prise en charge de ces comorbidités. Ainsi nous élaborons les questions suivantes :

Comment les tuteurs de la résilience favorisent-ils la réduction des comorbidités des schizophrènes ?

Comment les fonctions de la personnalité contribuent-elle à l'élimination des comorbidités des schizophrènes ?

Comment la capacité de mentalisation des schizophrènes favorise-t-elle la gestion de leurs comorbidités ?

- **ANALYSE DU FACTEUR PRINCIPAL DE L'ETUDE**

L'analyse thématique que nous avons jugé nécessaire d'aborder à cette partir de notre recherche a pour but d'identifier les facteurs de la résilience qui détermineront nos hypothèses de recherche. Etant donné que nous avons démontré plus haut que la schizophrénie est un trouble qui n'exclut pas la survenue des comorbidités, il est à noter que ces comorbidités ont fait l'objet de plusieurs réflexions depuis le début de la nosographie catégorielle. De ce fait Kieffer (2017) présente de manière exhaustive les différentes comorbidités de la schizophrénie notamment : les troubles anxieux avec 12,1 % de troubles obsessionnels compulsifs, 14,9 % de phobies sociales, 10,9 % de troubles anxieux généralisés et 9,8 % de troubles panique et les addictions... Il est donc questions pour nous de faire ressortir les principaux facteurs de résilience intervenant dans la prise en charge de ces comorbidités. Car si grâce à la résilience mise au point, ils ont pu surmonter la maladie, grâce à cette même résilience ils peuvent surmonter les comorbidités psychopathologiques qui surviennent. Alors quels sont les facteurs de la résilience qui

interviennent dans la gestion des comorbidités ? Si on s'intéresse aux facteurs secondaires de la résilience on a donc raison de poser la question suivante : Quel est le rôle de la personnalité, de la dynamique familiale et de la mentalisation dans la prise en charge de ces comorbidités ? Le tableau ci-dessous résulte d'un questionnaire posé aux spécialistes de la santé et à certains observateurs, il justifiera les facteurs que nous utiliserons dans cette recherche.

Tableau 1: Analyse des facteurs de la résilience

FACTEUR PRINCIPAL	N°	FACTEURS SECONDAIRS	Correspondance OUI en pourcentage (effectif 30)	Correspondance NON en pourcentage (effectif 30)
La capacité de résilience des schizophrènes a-t-elle un lien avec les facteurs secondaires suivants ?	1	Capacité à se soumettre à l'étayage clinique	14 oui = 46%	16 non = 54%
	2	La capacité à bénéficier des tuteurs de la résilience	20 oui = 67%	10 non = 33%
	3	La capacité de mentalisation	23 oui = 77%	7 non = 23%
	4	La capacité à être actif	9 oui = 30%	21 non = 70%
	5	La capacité à se soumettre à l'étayage communautaire	9 oui = 30%	21 non = 70%
	6	La capacité à se soumettre à l'étayage familial	11 oui = 37%	19 non = 63%
	7	La capacité à se soumettre à l'étayage culturel	14 oui = 46%	16 non = 54%
	8	La capacité à se soumettre à l'étayage social	10 oui = 33%	20 non = 67%
	9	La personnalité	22 oui = 73%	8 non = 27%

Partant de l'analyse de ce tableau il en ressort que la capacité de résilience favorise la gestion des comorbidités psychopathologiques relatives à la schizophrénie nous allons nous attarder davantage sur les facteurs de la résilience qui présentent un très grand pourcentage de réponses positives. Les résultats du dépouillement montrent que les facteurs ayant plus de 60% sont pertinents et c'est avec eux que nous allons continuer l'étude. A cet effet la prise en compte de la personnalité du sujet associé à sa capacité de mentalisation et aux tuteurs de la résilience

dans le processus de prise en charge de ces comorbidités retiendront particulièrement notre attention.

1.6. HYPOTHÈSES DE L'ÉTUDE

Ici, il s'agit de donner les hypothèses qui vont être vérifiées au cœur de cette étude. Entendons par « hypothèse » toute supposition que l'on fait sans se demander si elle est vraie ou fausse, mais seulement pour tirer des conséquences à vérifier. En outre c'est une réponse provisoire à une question de recherche. A cet effet nous distinguons l'hypothèse générale et les hypothèses de recherche.

1.6. 1. Hypothèse générale

Notre hypothèse générale telle que nous la construisons est fonction de notre question principale de recherche. Pour ainsi dire nous la formulons comme suit : « la capacité de résilience des schizophrènes favorise la gestion des comorbidités de ces derniers à travers les tuteurs de résilience, la personnalité du sujet et sa capacité de mentalisation »

1.6.2. Hypothèses de recherche

Les tuteurs de la résilience, la personnalité du sujet et sa capacité de mentalisation sont considérées comme les facteurs les plus marquants dans le processus de réduction des comorbidités schizophréniques. Ainsi nous limiterons nos hypothèses de recherche à ces variables qui seront abordées au cours de ce travail. Ce faisant nous formulons nos hypothèses de recherche de la manière suivante :

- Les tuteurs de la résilience contribuent à la réduction des comorbidités de ces derniers à travers leurs habilités de résolution des problèmes, les compétences sociales, en empathie et en altruisme.
- La personnalité de chaque schizophrène contribue à la l'élimination des comorbidités de ce dernier à travers son caractère fonctionnel.
- La capacité de mentalisation des schizophrènes favorise la gestion des comorbidités de ces derniers à travers la représentation et la régulation des affects.

1.7. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE

1.7.1. Objectif général

L'objectif général étant ce que le chercheur doit atteindre à la fin de sa recherche, nous formulons donc cet objectif comme suit : « Analyser comment la capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la réduction des comorbidités de ces derniers. » C'est précisément cet aspect qui va guider notre démarche scientifique.

1.7.2. Objectifs spécifiques

Nous avons eu à présenter plus haut dans un tableau d'analyse les différents facteurs intervenant dans la prise en charge des comorbidités relatives à la schizophrénie. Etant donné que les tuteurs de la résilience, la mentalisation et l'influence de la personnalité sont les points saillants, nous formulons donc nos objectifs spécifiques en les termes suivants :

- Appréhender comment les tuteurs de la résilience, facteurs très importants dans l'établissement de la résilience chez les schizophrènes contribuent à la réduction des comorbidités de ces derniers.
- Saisir comment la personnalité du schizophrène participe à l'élaboration de sa capacité de résilience et par conséquent à l'élimination de ses comorbidités.
- Comprendre comment la capacité de mentalisation des schizophrènes contribue à la gestion des comorbidités de ces derniers.

1.8. INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE

Les intérêts de cette recherche seront présentés sur le plan scientifique personnel et sur le plan social en fonction des différentes orientations que nous donnons à notre objet d'étude. Ces orientations respectent strictement les exigences méthodologiques que prévoit le canevas.

1.8.1. Intérêt scientifique

Cette recherche contribue à l'exploration de la gestion des comorbidités chez les schizophrènes. Elle s'intéresse aux réactions des schizophrènes face à ces comorbidités. C'est-à-dire les mécanismes que les patients usent pour faire face à cette situation. Les travaux antérieurs

ont longtemps valorisé l'usage des médicaments chez les schizophrènes (Xavier, 2004). Bien que porteurs d'une batterie de bienfaits, ces médicaments s'accompagnent aussi d'un ensemble d'effets indésirables et sont parfois inefficaces aux comorbidités qui apparaissent progressivement. Certes, cette technique nous paraît importante dans la mesure où elle offre quand même aux nécessiteux le plaisir de se débarrasser des signes et symptômes qui constituaient leurs handicaps majeurs. Mais cette étude se veut davantage pertinente lorsqu'elle explore les autres facteurs de la résilience. Pour permettre à la notion de rétablissement dans la schizophrénie de garder tout son sens. En prenant appui sur le modèle de résilience d'Anaut (2003) cette recherche met en relation les facteurs qui favorisent la gestion des comorbidités chez les schizophrènes. Elle démontre comment ces facteurs favorisent la permanence d'une santé rigide chez les patients schizophrènes.

1.8.2 Intérêt social

Grâce à la prise en charge des comorbidités chez les schizophrènes, l'étude promeut une collaboration dynamique et fructueuse entre le personnel soignant, les psychologues, les familles de ces patients, les personnes déclarées schizophrènes et tous les autres membres de la société. Elle promeut par la même occasion le bien-être social tant désiré dans le monde entier. Les connaissances que produira cette recherche pourront contribuer à l'apaisement des souffrances vécues par les familles ayant des patients schizophrènes et de ceux avec qui ces patients interagissent dans la société.

1.8.3 Intérêt personnel

L'étude pourra aider les futurs psychologues cliniciens que nous sommes à mieux comprendre les personnes souffrantes des comorbidités de la schizophrénie. Elle nous donne surtout de comprendre comment les schizophrènes en situation de prise en charge parviennent à gérer leurs comorbidités. Les techniques et toutes les compétences que nous développerons tout au long de cette recherche faciliteront notre insertion dans le monde professionnel et augmenteront nos expériences professionnelles.

1.9. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE

1.9.1 Délimitation thématique

Il nous sera difficile d'effectuer ce travail en profondeur vu la multitude des thèmes nécessaire à la compréhension intégrale de l'humain en situation. Aussi la diversité des

comorbidités et des personnalités ne favorise pas l'élaboration de la totalité des thèmes qui facilite compréhension de cette étude.

1.9.2 Limite spatio-temporel

Vu les ressources financières et temps que nous disposons sont relativement limitées, nous ne pouvons pas effectuer cette recherche dans large zone ou sur une longue période. Ainsi nous sommes obligés de prendre pour référence l'hôpital car nous sommes dans la même ville et donc l'accès n'est pas compliqué. De plus ce centre dispose d'un service agréé pour la prise en charge des schizophrènes.

1.10. DÉFINITION DES CONCEPTS CLES

Résilience :

À l'origine, la résilience est un terme de physique qui définit la capacité de résistance d'un corps ou d'un matériau à un choc ou à une déformation (Cyrulnik, 2001).

Le champ sémantique de la résilience s'est ensuite étendu à d'autres domaines : biologie, psychologie, économie, sociologie, écologie...

Au sens large (et en particulier pour ce qui concerne les sciences humaines), Anaut (2003) considère la résilience comme étant la capacité, pour un système donné, de surmonter les altérations provoquées par un ou des éléments perturbateurs, pour retrouver son état initial et/ou un fonctionnement normal.

Cyrulnik (2001) la définit en les termes suivants : « la résilience est la capacité d'une personne ou d'un groupe à se bien se développer, à continuer de se projeter dans l'avenir, en présence d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles, de traumatismes parfois sévères ». En clair : la résilience, c'est la capacité à surmonter une épreuve malgré tout.

Schizophrénie :

La schizophrénie est une psychose, c'est-à-dire une maladie mentale dans laquelle le sujet perd le contact avec la réalité et n'est pas conscient de son trouble. Elle se caractérise par des idées délirantes, des hallucinations, l'absence d'émotions ou l'incapacité de planifier des actions (Bleuler, 1993).

Le DSM-V, définit la schizophrénie comme un trouble mental grave marqué par les anomalies suivantes : idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement grossièrement désorganisé.

Comorbidités :

En médecine, le terme "comorbidité" désigne la présence de maladies et/ou divers troubles aigus ou chroniques s'ajoutant à la maladie initiale. En psychologie, ce terme n'est pas complètement différent mais a une particularité plus élaborée. Il est ainsi appliqué lorsque plusieurs diagnostics sont émis pour le même individu. Le malade peut pourtant très bien n'avoir qu'une seule maladie mentale. La complexité de son cas empêche simplement de poser un diagnostic simple (Feinstein, 1970).

Prise en charge :

Selon FUTURA Santé 2020, c'est un processus un peu long pour apporter un soutien ou donner une thérapie à quelqu'un qui est affectée par un traumatisme suite aux différentes situations qui l'affectent tant sur les plans physique, émotionnelle, physiologique et sociale d'où il faut ainsi une réponse globale.

Nous pouvons donc conclure en rassurant que les outils et moyens nécessaire à la compréhension et à la réalisation de ce travail ont été mis au point et nous les orienterons au cours de cette recherche. Il sera donc question d'exposer une logique entre la question de recherche, l'hypothèse générale, les hypothèses secondaires, l'objectif principal et les objectifs secondaire tout en adoptant une démarche scientifique.

**CHAPITRE II : RESILIENCE, SCHIZOPHRENIE ET
COMORBIDITES PSYCHOPATHOLOGIQUES**

Plusieurs études ont été faites sur la schizophrénie depuis son avènement dans le monde entier. Ces études qui insistent sur les notions de résilience et comorbidités suscitent un intérêt majeur. Au cœur de ce chapitre nous aborderons ces notions de fond en comble afin de mieux cerner le processus nécessaire à l'émergence de la théorisation de ces concepts. Entendu que chaque victime de la schizophrénie a une façon particulière de réagir aux atrocités environnementales et individuelles, nous avons jugé nécessaire d'introduire la notion de personnalité qui justifiera la façon particulière et unique de chaque individu lorsqu'il est confronté à la schizophrénie et à ses comorbidités.

2.1 RÉSILIENCE ET SCHIZOPHRÉNIE

La résilience et la schizophrénie sont deux concepts complètement opposés. L'un a une valeur appréciative et l'autre a une valeur déplaisante. La résilience est bonne pour tout le monde sans distinction de race ni couleur ni de peau ni de personnalité. Le concept de résilience est plus utilisé en clinique que dans tous les autres domaines de la vie. La schizophrénie quant à elle est un trouble mental bien connu en psychiatrie. Elle fait souffrir le patient et en plus de la souffrance elle fait également paniquer sa famille. C'est pourquoi il n'est pas exagéré pour nous de mettre ces concepts en lumière.

2.1.1 Résilience

- Historique

Pour proposer une première approche à la résilience nous dirons que c'est la capacité à sortir vainqueur d'une épreuve qui aurait pu être traumatisante. De nombreuses définitions ont été déclinées autour de ce concept. Une parmi tant d'autres, issue de plusieurs auteurs (Manciaux' Vanistendael, Lecomte, Cyrulnik, 2011) regroupent non seulement l'individu mais aussi le groupe la famille, etc... «La résilience est La capacité d'une personne ou d'un groupe à se développer bien, à continuer à se projeter dans l'avenir en dépit d'événements déstabilisants, de conditions de vie difficiles de traumatismes parfois sévères. ». La résilience vient du latin « resiliencia » employé dans le contexte de métallurgie et qui manifeste la capacité à retrouver son état initial suite à un choc ou à une pression continue selon Alain (1998) étymologiquement ce concept désigne « la capacité d'un système à continuer à fonctionner en dépit d'anomalies liées aux défauts de ses éléments constitutifs ». C'est dans ce sens qu'en clinique la résilience est comme un processus dynamique impliquant l'adaptation positive dans le cadre d'une adversité

significative. Dans notre domaine plus précisément, le concept de résilience se révèle face à des stress importants et / ou cumulés face à des traumatismes, ou des contextes à valeur traumatique. Ce concept aussi important en clinique et en psychologie est pourtant récent ; en effet son essor en France et dans les pays francophones ne date que des années 1990 le précise Braconnier (1998). C'est donc le fruit de nombreux cliniciens et praticant qui a contribué à la vulgarisation de ce concept. Parmi ces auteurs citons, Cyrulnik, Mancieux, Stanilas, Tomkiewiz et bien autres auteurs.

- **Les influences notoires de la résilience**

Plusieurs influences ont contribué à construire le socle théorique de la résilience parmi lesquelles : Bowlby et la théorie de l'attachement ; l'analyse des facteurs de risque et des différences interindividuelles face au stress et au traumatisme. Associés aux secteurs relevant a des prises en charges sanitaires et sociales qui ont également contribué au développement des théories sur la résilience. Actuellement la psychologie clinique est le champ de recherche et d'application des théories de la résilience les plus féconds. Les observations cliniques marquantes témoignent de la grande implication de ce phénomène. De même les études longitudinales (sur plus de 30 ans) de Werner & Coll (1982) portant sur le suivi d'une cohorte d'enfants et de familles considérés comme à risque ont mis en évidence des processus de résilience de nombreux enfants dans de contextes fortement carencés. A sa suite, nombreux sont les concepts et les notions qui peuvent être associés à la résilience mais avec des objectifs différents parmi lesquels ; les compétences sociales, cognitive, comportementales, estime de soi.

- **Résilience et attachement**

Les rapports entre le développement de la personnalité et l'influence du type d'attachement sont des éventuels déterminants de la résilience concourant ainsi à s'interroger chez les sujets développant un processus résilient. La résilience semble donc être liée aux premières expériences d'attachement « sécuritaire » comme permettant à l'enfant de développer la résilience. Par la suite les déterminismes des premiers styles d'attachement ont été revisités à la lumière des travaux sur le développement et la plasticité des styles d'attachement au cours de la vie.

- **Resilience et difference interindividuelle**

S'il est vrai que la personnalité traduit la différence entre les individus cette différence s'explique aussi par des résistances plus variées chez les individus qu'ils soient vulnérables ou pas. Werner (1982) a usé de cette technique pour tenter de comprendre les enfants résilients. Au départ les premières approches consistaient à interroger la résilience chez les individus en se basant uniquement sur la capacité de résistance à l'adversité. Mais cette théorie a été abandonnée. Certains observateurs ont pensé que la résilience est acquise une fois pour toute chez certains individus. C'est avec le temps qu'on la considère actuellement comme un processus dynamique et continu et qui n'est pas forcément actif et favorable à toutes les épreuves de vie. C'est pourquoi bon nombre de théories se consacrent davantage sur la flexibilité dans les modalités la souplesse adaptative et défensive et la créativité dans le processus de protection. Nous avons donc raison de dire avec Cyrulnik (2001) que la complexité de la résilience implique l'interaction des psychoaffectifs relationnels et sociaux avec les caractéristiques interne du sujet, sa personnalité en générale ; c'est pourquoi nous pensons qu'il important d'avoir une idée approfondie sur la résilience individuelle.

- **Facteurs de la résilience individuelle**

En se basant sur le vécu de certains sujets connus comme résilients, on peut aisément énumérer les différentes notions qui interviennent dans la résilience. Parmi lesquelles, les habilités à résoudre des problèmes ; l'autonomie, la capacité de distanciation face à un environnement perturbé, l'altruisme, la sociabilité, la perception d'une relation positive avec un adulte ces différentes bases aboutissent sont impliqués dans les facteurs ci-dessous.

- **Facteur de la résilience familiale**

Ici les caractéristiques et la structure de la famille influencent la résilience familiale. Ces caractéristiques et structures sont : l'âge des parents, le nombre d'enfants, l'espace entre les naissances, espace physique suffisant, spiritualité, idéologie et discipline éducative. En plus de cela il est important de noter que la dynamique familiale joues un très grand rôle dans l'élaboration de la résilience. Ce qui revient à dire que la qualité de la communication, l'interaction chaleureuse et positive sont des caractéristiques familiales.

- **Facteur de la résilience sociale et ou communautaire**

Ici, les pères, la communauté sociale (écoles et quartiers) la communauté religieuse ou idéologie, la société et la culture, la solidarité, les implications actives sont les piliers de ce facteur. En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience dépend des facteurs sociaux et communautaires. Elle inclut ces facteurs et se fonde sur ce facteur. Lorsqu'on parle de résilience sociale et communautaire, il est nécessaire de prendre en compte ses facteurs.

2.1.2 Approche psycho dynamique de la résilience

L'approche psychanalytique de la résilience est la plus explorée en psychologie. Elle considère comme un processus dynamique. C'est une approche essentiellement centrée sur le fonctionnement intrapsychique, et n'accorde pas une grande influence relative à l'environnement. Mais la résilience est toujours considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme, la construction du développement normal en dépit du risque, un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances. Ce qui a permis à d'autres observateurs d'appréhender le processus de résilience psychodynamique suivant deux axes principaux, notamment du point de vue traumatisme et la réponse du sujet et du point de vue des mécanismes de défense mobilisé par le sujet réputé résilient.

- **Résilience et traumatismes**

Du point de vue psycho-dynamique, la résilience ne survient que si et seulement s'il y'a une situation déplaisante ou traumatisante ainsi la résilience est comme une réaction ou une réponse au traumatisme, dans le but de surmonter l'affect déplaisant et donc elle met en jeu le risque vital ce qui peut être physique et les modalités de réponses du sujet pour se défendre. Dans ce cas, le processus est mis en jeu face à un trauma ou un traumatisme. Dans ce sens nous distinguons trauma de traumatisme car le trauma désigne une blessure physique ou psychique infligée à l'organisme ou la lésion locale qui en résulte. Le traumatisme renvoie quant à lui aux conséquences locales ou générales du trauma. On peut donc souligner la variabilité du retentissement est fonction de l'individu et du phénomène.

- **Resilience et mécanisme de défense**

Pour Brannier (1998) « la notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes ». On comprend que le but du moi est toujours restaurer l'équilibre chez le sujet, dans ce sens le mécanisme de défense joue donc le rôle domestique considérant donc à protéger le sujet. Ces mécanismes de défense ne sont pas adaptés à toutes les situations car ils sont toujours involontaires. Au-delà de ça nous pouvons donc considérer la résilience comme un mécanisme de défense malgré sa distinction. En effet, elle a le même but, elle intervient pour protéger le sujet des différentes affections. Afin de mieux comprendre cette idée, analysons d'abord le fonctionnement de la résilience.

2.1.3 Fonctionnement de la résilience

Le fonctionnement psychique de la résilience se décompose en deux phases (Cyrułnik, 2001) : « confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique ».

La première phase est marquée par un fort appel aux mécanismes de défenses afin de se protéger de l'effraction psychique ou de tout ce qui pourrait nuire à l'intégrité du sujet. C'est en outre l'intervention des mécanismes telles, le déni, la projection, l'imaginaire et autre.

« L'intégration du choc et réparation »

Cette deuxième phase est très importante elle suppose premièrement l'abondance de certains mécanismes tels que le « déni » ou la « projection » car il va sans dire que le premier part au rétablissement est caractérisé par l'acceptation de son état. Cette phase se prolonge en privilégiant certaines ressources défensives plus matures et plus adaptés à long terme. C'est des mécanismes tels la créativité, l'humour, l'intellectualisation, l'altruisme ou la sublimation.

Le fonctionnement de la résilience ne se limite pas là, il s'entend au niveau de la mentalisation se faisant les représentations et les symbolisations sont des acteurs majeurs. C'est cette mentalisation qui donne un sens aux blessures, un sens au vécu traumatique qui donnera donc l'occasion de prendre en main la situation.

Ainsi tous les processus défensifs dont dispose l'individu vont se mettre au service de la résilience, la résilience n'est donc pas un mécanisme de défense mais elle un ensemble qui regroupe tous les processus défensifs.

* Résilience et parie clinique

L'importance de ce model dans le domaine clinique est incontestable. Pas seulement en clinique mais aussi en éducation et autres domaines. Pour le scientifique, dans la pratique de soin

« le modèle de résilience complète l'approche classique de la vulnérabilité, des facteurs de risque de la psychopathologie. » La résilience vient donc élargir les perspectives des pratiques cliniques, permettant donc au domaine clinique d'enrichir son jargon.

2.1.4 Résilience comme un potentiel chez tous les individus

Selon la grande majorité des chercheurs, la résilience est considérée comme une faculté humaine, et propre à tous les individus à cet effet Lemay (1999) parlant la résilience affirme ; « Un formidable réservoir de santé dont disposerait chaque individu ». Surtout nous ne manquons pas de souligner que cette résilience bien qu'étant innée à l'espèce humaine, se développe différemment chez les individus. Car chaque individu est égal à un autre mais unique à son genre. Ainsi la psychologie clinique a donc raison d'établir des méthodes thérapeutiques basées sur le modèle de la résilience affirme un auteur « les mécanismes de la résilience peuvent être actives spontanément par les individus lors des circonstances particulières (traumatisme...) ou bien être stimulés par des procédures d'aide ou d'accompagnement (éducatif, thérapeutique soignant) ».

En somme nous pouvons tout simplement dire que la résilience est à la fois innée et acquise. Cependant la clinique doit faire très attention lorsqu'elle veut développer la capacité de résilience chez un individu. Car si les méthodes ou certaines pratiques sont mal utilisées chez un individu elles peuvent constituer chez lui un facteur de risque et le soumettre à certaines vulnérabilités. Et pourtant la clinique doit nécessairement jouer son rôle. Il n'est pas question d'abandonner l'individu au destin de sa propre résilience. Cela n'aboutirait à aucun résultat car la résilience n'est pas acquise une fois pour toute, mais en constant développement. Ce qui nous fait dire que nous ne serons jamais étonnés de voir un individu résilient lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes exagérés.

2.2 SCHIZOPHRÉNIE

2.2.1 Historique

Le concept de schizophrénie a évolué avec le temps. Initialement l'on évoquait les notions de démence précoce et de folie maniaque-dépressive de Kraepelin (1926) pour désigner ainsi les troubles mentaux les plus graves. Cependant elles étaient décrites comme deux entités séparées mais nous aurons l'avènement de la notion de schizophrénie

avec Bleuler (1940). C'est grâce à la catégorisation que fait ce dernier que nous aurons l'occasion de mieux cerner ce concept tant abordé en psychiatrie qu'en société.

Démence précoce et folie maniaque-dépressive de Kraepelin

Au 19^{ème} siècle, les auteurs chevronnés ont observé et décrit les troubles mentaux dont souffraient de jeunes patients. C'est alors que l'allemand Kraepelin (1899) groupa ces troubles dans un seul tableau et qu'il appellera l'ensemble dont il constitue « la démence précoce » cette histoire commence. Kraepelin écrit la sixième édition de son « traité de psychiatrie », où il consacre tout un chapitre à cette pathologie. Selon lui le terme de « démence précoce » regroupe trois syndromes jusque-là décrits séparément : la démence paranoïde, la catatonie et l'hébéphrénie. Qui sont jusqu'à présent trois formes cliniques de schizophrénie dans le DSM-IV, la CIM10 et selon Roudinesco & Plon (1995). Il distinguait ce trouble de l'autre type de psychose dont on parlait à l'époque, « la folie maniaque-dépressive » qui donnait lieu à des épisodes affectifs mais qui n'aboutissait pas à un état terminal déficitaire. Malgré les résultats obtenus par un grand nombre de recherches qui mettent l'accent sur l'importante diversité quant au pronostic et ce dans tous les types de psychoses (Bleuler, 1999). Ce principe de classification a été plus ou moins maintenu au cours du 20^{ème} siècle. La démence précoce, décrite par Kraepelin, peut être comprise comme un processus d'affaiblissement progressif et définitif des facultés intellectuelles, qui engendre une perturbation du fonctionnement psychique pouvant se manifester sous la forme de délires, d'hallucinations et/ou de troubles du comportement considérés comme chroniques et plus ou moins sévères (Guyotat 1963).

Le concept de schizophrénie

Bleuler (1999), parlant de cette pathologie commence par mettre en doute la chronicité posée par Kraepelin. Dans sa fonction de psychiatre il constate que parmi ses patients souffrants de démence précoce seul un tiers d'entre eux évoluent vers une forme de chronicité et qu'un autre tiers emprunte la forme de démence précoce, cependant la dernière partie des patients s'en sortent simplement, c'est fort de cela qu'il propose le concept de « schizophrénie » et du grec *schizein* qui veut dire « fendre » et *phrên* qui se rapporte à la

pensée. Mais toutefois il affirme : « J'appelle la démence précoce « schizophrénie » parce que, comme j'espère le démontrer, la scission des diverses fonctions psychiques est un des caractères les plus importants » (Bleuler, 1999). Bleuler critique Kraepelin qu'il ne débutait pas seulement à l'adolescence et n'évoluait pas non plus vers cet affaiblissement progressif des fonctions intellectuelles, telles que la mémoire, l'attention et l'orientation spatio-temporelle, qui avaient été retenues comme caractéristiques de la démence sénile (Lantéri & Gros, 1992). Pour Bleuler la conception de la schizophrénie ne doit pas se limiter à l'aspect biologique mais en prenant en compte la personnalité de l'individu. On retrouve chez les personnes souffrantes de schizophrénie, une forme originale d'altération de la pensée, des émotions et des relations avec le monde environnant (Lantéri & Gros 1992). Celle-ci s'associe à une coupure du fonctionnement psychique, qui provoque la dissociation de la personnalité. S'en suivent quelques bouts de pensées et d'idées impropres en créant une cohérence accessible pour autrui, d'où pour l'observateur, l'apparition d'un sentiment d'étrangeté, de bizarrerie, telle que le souligne Bleuler (1999). Il a donc ainsi parfaitement bien décrit la clinique de la schizophrénie et aucune modification essentielle ne lui a été apportée depuis lors. Il distingue ainsi deux catégories de symptômes

2.2.2. Les symptômes fondamentaux dans la schizophrénie

Les symptômes fondamentaux regroupent tout ce qui est lié au processus de la morbidité qui relèvent d'une organogenèse telle qu'abordé par Roudinesco & Plon (1995), c'est-à-dire qu'il regroupe les aspects déficitaires et morbides caractérisés par la dislocation psychique, l'autisme, les affects émoussés, les associations relâchées, l'ambivalence, l'attention perturbée. (Aujourd'hui, on parlerait plutôt de symptômes primaires.). Bleuler reconnaît les troubles des fonctions simples et troubles des fonctions complexes.

Celles des fonctions simples font allusion aux associations d'idées et aux pensées non rationnelles, non fondées et surtout erronées. Dans les fonctions simples, on retrouve aussi l'affectivité et son trouble « émoussement affectif ». Ceux atteints de ce trouble ne manifestent plus d'émotions pendant de longues périodes ; ils sont presque indifférents à tout ce qui se passe dans la société, ils émettent le plus souvent des rires immotivés. A cela Bleuler ajoute aussi de l'ambivalence comme étant l'un des troubles des fonctions simples. D'après lui, elle est générale et identiques dans les cas légers. Elle associe en même temps un ressenti

d'émotions agréables et désagréables, ou des pensées contraires simultanées. Souvent les patients ne prennent pas conscience de cette ambivalence.

Parlant des troubles des fonctions complexes, on souligne qu'elles se rapportent entre autres au rapport à la réalité. Les personnes souffrantes de ce trouble vivent repliées sur elle-même comme dans le cas de l'autisme. On y retrouve la prédominance d'une vie intérieure sur le monde extérieur qui peut paraître hostile et peut être vécu comme une entrave aux rêveries. Les patients schizophrènes qui n'ont plus aucun rapport avec l'environnement vivent dans un monde qu'ils ne partagent avec plus personne. Ils y enferment leurs désirs, qui sont imaginés comme réalisés, ou avec leur souffrance provenant des persécutions dont ils se croient victimes. Leur contact avec le monde ambiant est limité au strict minimum.

2.2.3. Les symptômes accessoires

Les symptômes accessoires, tels que les hallucinations et les délires, relèvent d'une psychogénèse. Ils sont connus comme symptômes positifs. Ils prennent la place la plus importante pour le diagnostic de la schizophrénie dans le DSM-IV et la CIM10. Parmi ces symptômes, il y a les erreurs sensorielles avec, au premier rang, les illusions et hallucinations qui peuvent toucher tous les sens mais avec une prédominance des troubles de l'ouïe et des sensations corporelles.

Les schizophrènes entendent souvent leurs propres pensées comme un écho, ils entendent des gens parler entre eux, ou encore qu'ils se sentent comme accompagnés d'une voix qui commente ou critique chacun de leurs actes et chacune de leurs pensées. Au niveau corporel, les hallucinations peuvent provoquer des sensations très variées ; elles peuvent, par exemple, mouvoir la langue du malade. Les patients peuvent aussi ressentir des sévices dans tous leurs organes. Quant aux idées délirantes, on y retrouve tout ce qui est objet de désir, mais aussi de crainte, sous la forme d'idées de persécution, d'empoisonnement, d'influences corporelles, ou encore d'idées de grandeur. Souvent les idées délirantes se contredisent entre elles, ce qui donne l'impression d'un délire chaotique. Il est fréquent que ces idées soient l'objet de croyances fortes voire inébranlables ne supportant pas la critique.

Parmi les troubles accessoires de la mémoire, on peut observer l'hyperfonction de la mémoire. Les patients s'arrêtent alors sur des détails précis qu'ils retiennent au détriment de l'essentiel. En ce qui concerne la personnalité du malade, l'accès au sentiment d'un « je » « individuel » dirigeant l'activité propre peut exiger un travail long et intense. Bleuler parle à ce

propos de « dépersonnalisation » qu'il décrit comme un sentiment de perte des limites de sa propre personne dans l'espace et le temps.

Le langage occupe aussi une dimension particulière dans la schizophrénie. Que la personne parle beaucoup ou pas du tout, la quantité et la qualité d'informations communiquées se réduisent souvent à presque rien. L'intonation est souvent inappropriée, de même que la mimique, et le langage est souvent incohérent. Sur le plan corporel, les symptômes sont très variables, allant d'anomalies du poids, de l'appétit, d'une diminution de l'instinct sexuel jusqu'au trouble des excréments et de la respiration. Bleuler (1999) émet aussi la description des symptômes catatoniques : il parle de stupeur, de mutisme, de stéréotypies, de maniérismes et de certains automatismes.

La compréhension du diagnostic et de la psychopathologie de la schizophrénie a connu une progression constante depuis les définitions de Kraepelin et Bleuler. Ces deux cliniciens ont fourni plusieurs points de repères, non seulement pour l'identification des signes cliniques de cette maladie, mais également pour la compréhension des mécanismes sous-jacents aux phénomènes symptomatiques de la schizophrénie (Andreasen & al 2000).

2.2.4. Nosologie

En 1950 le psychiatre Kurt Schneider fait la toute première classification de la maladie, dans son livre *Lalonde* publié en 1999 il regroupe une série de symptômes de la schizophrénie qu'il considère comme pathognomoniques de cette maladie. Nous proposons de reprendre brièvement cette liste de symptômes, pour la compléter ensuite à l'aide du DSM IV.

Délire, troubles de la pensée :

Perception délirante ou idée de référence
Délire de contrôle
Sentiment délirant d'étrangeté
Pensée imposée ou automatisme de la pensée
Vol de la pensée

Hallucinations :

Divulgateur de la pensée
Echo de la pensée

Hallucination auditive sous forme de conversation de voix entre elles, de commentaires à propos des actes du patient

Hallucination cénesthésique, expérience corporelle passive

Perturbation des sentiments, des volontés, aboutissant à des actes impulsifs et bizarres (ceci correspond au comportement grossièrement désorganisé ou catatonique décrit dans le DSM-IV).

Actuellement un symptôme positif de plus est décrit dans le DSM-IV ainsi que les symptômes négatifs :

La présence d'un discours désorganisé est un symptôme positif (c'est-à-dire, passages du coq-à-l'âne fréquents ou incohérences du discours).

Les symptômes négatifs : par exemple l'émoussement affectif, l'apologie ou la perte de la volonté.

Dans le DSM-IV, cinq critères permettent de caractériser la schizophrénie. Le premier stipule que les troubles se déclarent avant l'âge de 45 ans.

La deuxième critère insinue que les troubles ne proviennent pas d'une maladie mentale organique décelable, ni d'une psychose maniaco-dépressive. Troisièmement, on note la présence d'un des symptômes psychotiques parvenu auparavant chez le malade. Quatrièmement, on note aussi la diminution des capacités intellectuelles du patient affectant ainsi le plan sociale, professionnel et familiale. Cinquièmement, les troubles persistent pendant plus de six mois.

Le DSM-IV distingue également cinq sous-types de la schizophrénie ; qui sont :

Le type hébéphrénique ; elle touche les jeunes sujets avec une absence apparente de délire paranoïde et présence d'un syndrome dissociatif menant rapidement un repli autistique. Elle désigne un état morbide, mélancolique, narcissique ou confusionnel, dont souffre le patient.

Le type catatonique, qui se rapporte à une perturbation psychomotrice importante ; elle aussi fait référence au comportement de type stéréotypé. Le plus souvent le patient développe une forme de mutisme.

Le type paranoïde, elle peut être incurable, mais avec un traitement approprié le malade peut avoir une meilleure qualité de vie bien qu'étant schizophrène. Cette forme est la plus fréquente. Les patients présentent souvent des idées envahissantes à contenu de persécution, de référence ou de grandeur et des hallucinations auditives menaçantes.

Le type indifférencié, ce type est mis en exergue lorsque les symptômes psychotiques aigus, évidents, ne permettent pas de préciser l'une des formes précédentes.

Le type résiduel, désignant la forme évolutive de la schizophrénie ; se manifestant après que les symptômes aigus se sont résorbés et une fois que les symptômes négatifs dominant.

La schizophrénie est un trouble psychotique. Selon Bourgeois (1999), on peut identifier trois niveaux selon l'étroitesse ou la largeur de la définition pour l'adjectif « psychotique »; le premier souligne l'existence d'idées délirantes ou d'hallucinations prononcées. Le second représentant une définition moins restrictive, décrit les hallucinations avec conscience du caractère hallucinatoire de l'expérience. Le troisième niveau représentant une définition plus large, décrit les symptômes positifs de la schizophrénie comme le discours et le comportement grossièrement désorganisés ou catatoniques.

2.3 COMORBIDITÉS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES MALADES MENTAUX

Le terme médical « comorbidité » est de plus en plus prononcé avec la pandémie de covid-19. En médecine ce terme désigne la présence de maladie et ou divers troubles aigus ou chroniques s'ajoutant à une maladie initiale. Cette conception n'est pas différente de l'entendement psychologique. Feinstein (1970) la définit comme : « association de deux ou même de plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants tels qu'ils sont individualisés par la classification en cours. Ainsi, une affection Comorbide a existé ou peut survenir durant l'évolution clinique d'un patient qui a une maladie étudiée »

2.3.1 Historique du mot comorbidité

L'expression comorbidité est de la famille du mot latin « morbus » qui veut dire « maladie ». Dans la même famille on trouve aussi morbide, morbidité. Le mot morbidité désigne le fait d'être malade. Le taux de morbidité est pourcentage de personnes malades dans la population. En réalité l'expression « comorbidité » est apparue en français dans les années 1970. Il est formé à partir de la « morbidité » et du préfixe « co » qui exprime une idée de simultanéité, de concomitance. Cette notion née de l'épidémiologie a souvent des implications pronostiques péjoratives. L'étude du lien entre l'affection comorbide peut améliorer certaines de nos connaissances étiopathogéniques. Il convient de toujours préciser : la période de temps prise en considération (dans le moment présent, sur un mois, six mois, la vie entière) ; la population étudiée (générale, clinique, échantillon particulier) ; le type de cette association est divers : biais de sélection (au sein de populations particulières), facteurs étiologiques communs, manifestations distinctes d'un même trouble, stade différent d'une même maladie (fausses

comorbidités dans les deux derniers cas). Les études de comorbidité ont porté principalement sur les pathologies affectives (affectives et dépressives), les troubles de conduites (surtout liés à l'utilisation des substances toxiques, dont l'alcool), les troubles de personnalité, et sur les affections évolutives associatives à ces derniers (personnalité évitant et symptômes phobiques). L'histoire naturelle de ces manifestations peut en être éclaircie et certains facteurs de vulnérabilité s'en trouver précis. Il convient donc de toujours souligner que les comorbidités peuvent apparaître dans tous les troubles psychiatriques. Qu'en est-il des comorbidités dans la schizophrénie ?

2.3.2 Comorbidité et schizophrénie

Pour introduire leur article Rchierie, Adida & Lançon (2012) affirment : « La schizophrénie est un trouble rarement isolé en clinique. Elle est fréquemment associée soit à d'autres troubles psychiatriques (anxiété, dépression...) soit au addictions (alcool, tabac...) soit à des troubles somatiques (maladies cardiovasculaire, cancers) » Cette forte affirmation se conforme totalement à l'idée soutenue par cette partie dans ce chapitre. En effet le lien entre la schizophrénie et ses comorbidités est tellement imposant que nul ne peut contester le fait que la schizophrénie s'accompagne toujours des comorbidités. Pour des exigences méthodologiques nous ne pouvons pas présenter de manière approfondir toutes les comorbidités relatives à la schizophrénie ce pendant nous allons présenter quelques-unes :

- **Les troubles addictifs :**

Ils provoquent des très grandes réactions dans toutes les parties du monde. Aux Etat-Unies, les enquêtes en population générale montrent qu'environ deux personnes dépendantes sur cinq ont un trouble mental et une personne ayant un trouble addictif. Les troubles mentaux débutent habituellement plus tôt que les troubles addictifs (11ans versus 21) ; plus les troubles addictifs sont importants (abus versus dépendance, alcool versus substances illicites), plus le risque de diagnostiquer un trouble mental est grand. C'est-à-dire que la plus-part des personnes dépendantes, ont un trouble psychologique présent avant la survenue des addictions. En règle générale, la consommation des substances psychoactives est plus fréquente chez les malades mentaux les schizophrènes en particulier. La présence des conduites addictives chez les schizophrènes complique leur prise en charge et diminue leur qualité de vie. Les liens entre le

cannabis et la schizophrénie sont bien étroits. Si cliniquement le cannabis est une substance psychoactive, la question de son rôle dans la genèse de la schizophrénie reste débattue. A l'inverse les patients schizophrènes sont des grands consommateurs de substances psychoactives, le cannabis en premier, ensuite l'alcool et les drogues dures. Les patients atteints de schizophrénie consomment de plus en plus ces substances afin d'améliorer leur humeur, leur anxiété, leur sommeil, de palier à l'ennui, et d'atténuer les symptômes de la psychose. Les progrès en imagerie cérébrale ont permis de montrer que la consommation chronique de cannabis provoque une altération morphologique des régions riches en récepteurs cannabinoïdes comme l'hippocampe et l'amygdale. Au regard de l'impact considérable des comorbidités addictives sur les schizophrènes et sur leur entourage il apparaît nécessaire de décroiser les dispositifs d'organisation des soins et de promouvoir les recherches dans ce domaine. Mais avant toute chose présentons d'abord de façon globale lesdites comorbidités.

- **Les troubles obsessionnels compulsifs :**

ce sont des comportements répétitifs et irraisonnés mais surtout irresponsables qui apparaissent souvent comme comorbidité à la schizophrénie .Le trouble obsessionnel compulsif se définit dans la classification internationale (DSM 5 ou CIM10) par la présence soit d'obsessions, soit de compulsions , chacune d'elles devant entraîner un état de détresse, d'anxiété, une perte de temps ou une interférence significative avec les activités quotidiennes en d'autres termes Le **trouble obsessionnel compulsif** (en abrégé **TOC**) est un trouble psychique caractérisé par l'apparition répétée de pensées intrusives les obsessions produisant de l'inconfort, de l' inquiétude, de la peur ; et/ou de comportements répétés et ritualisés les compulsions pouvant avoir l'effet de diminuer l'anxiété ou de soulager une tension. Les obsessions et les compulsions sont souvent associées (mais pas toujours) et sont généralement reconnues comme irrationnelles par les personnes exposées au TOC mais sont néanmoins irrépressibles et envahissantes, diminuant le temps disponible pour d'autres activités et menant parfois jusqu'à la mise en danger. Elles ne se fondent généralement pas sur des interprétations délirantes.

Les symptômes peuvent s'exprimer de façon très variable d'un patient à l'autre (incluant saleté lavage des mains, vérifications répétées, obsessions sexuelles).

Approximativement entre un tiers et la moitié des adultes présentant un TOC rapportent que les premiers symptômes sont apparus dans l'enfance. Diagnostic positif

Les troubles obsessionnels compulsifs consistent en des idées obsédantes (obsessions) et/ou des actes répétitifs (compulsions) qui se manifestent sous de nombreuses formes.

Clinique

Les manifestations s'expriment typiquement dans la mise en œuvre d'actions rituelles mais peuvent également se limiter à des obsessions et/ou des compulsions mentales.

Obsessions

Il s'agit d'idéations (idées ou images) qui font irruption dans la pensée, s'imposent au patient et se répètent sans lui laisser de repos. Le patient reconnaît que ces idées proviennent de lui et ne lui sont pas imposées de l'extérieur. Les thématiques obsessionnelles sont très variées. Les plus fréquentes sont, dans l'ordre décroissant, la contamination (souillure), le doute, la phobie d'impulsion, le malheur et la superstition, l'ordre et la symétrie.

L'obsession de contamination et de salissure est la plus fréquente : crainte des germes ou des radiations. Elle se déclenche le plus souvent au toucher, mais aussi spontanément ou à la vision d'un stimulus externe (déchets, toilettes, préservatif...). Elle entraîne une anxiété majeure avec conduite d'évitement et rituel de lavage qui s'impose au sujet, bien qu'il en reconnaisse le caractère excessif.

L'obsession de doute ou d'erreur peut prendre toutes les formes, de la plus banale (crainte d'avoir oublié de fermer la porte, le gaz, de perdre quelque chose, d'avoir mal lu ou mal prononcé...) jusqu'à la plus complexe, d'ordre cognitif (obsession religieuses ou philosophiques, sur ce qui est bien ou mal, vrai ou faux...). Ce type d'obsession impose un rituel contraignant de vérifications.

L'obsession agressive ou phobie d'impulsion est la crainte de passer à l'acte, de perdre le contrôle de soi ou de faire quelque chose contre son gré sans s'en rendre compte. La personne lutte en permanence contre ses idées (peur de tuer quelqu'un, d'être violent avec une personne de son entourage, du suicide, de commettre un acte pédophile...). L'obsession agressive est vécue de façon particulièrement honteuse par le patient et génère une souffrance importante. Ces pensées peuvent être de nature sexuelle et jugées inacceptables par le patient selon la loi ou sa propre morale. Cette obsession s'accompagne rarement de rituel, mais plutôt de conduites d'évitement comme ne pas conduire pour ne pas écraser quelqu'un ; éviter d'être avec un enfant par crainte de lui faire du mal ; ne pas tenir un couteau en présence d'autrui de peur de le frapper...

L'obsession de malheur et de superstition font craindre de porter malheur à soi-même ou à autrui lorsque, en présence d'un signe, on ne procède pas à un rite conjuratoire. Les obsessions religieuses avec préoccupations excessives liées aux sacrilèges et aux blasphèmes en font partie.

Les obsessions d'ordre et de symétrie consistent en un besoin excessif de rangement dans un ordre ou un placement très précis, parfois avec l'idée de ne pas porter malheur. Elles s'accompagnent de rituels de vérification et de conduite d'évitement (ne pas utiliser ou ne pas déplacer un objet).

Compulsions ou rituels

Ce sont des comportements répétitifs, actes mentaux, pensées magiques, actes que le sujet sait dans la plupart des cas absurdes mais auxquels il ne parvient pas à résister. Ce sont souvent des actes normaux, mais non réalistes, appliqués de façon mécanique, et répétés de façon excessive. Ces répétitions sont de nature motrice (actes moteurs) ou cognitive (actes mentaux).

Ces compulsions sont destinées à soulager l'anxiété et la détresse, à relâcher une tension interne. Les trois principaux thèmes sont les rituels de lavage, de rituels de vérification, et les rituels de conjuration.

Les rituels de lavage, trouble d'origine phobique, forcent à devoir nettoyer et à se laver en permanence, par peur de contamination ou de souillure. La répétition et le temps passé sont tels que ces rituels peuvent conduire à des lésions dermatologiques.

Les rituels de vérifications consistent à vérifier plusieurs fois de suite un fait ou une action qui pourrait avoir un effet négatif. Par exemple, vérifier les robinets de gaz, les portes, la lumière plusieurs fois. Cependant cela peut aussi concerner des choses sans conséquences immédiates telles que l'orthographe d'un texte ou le résultat d'une opération arithmétique.

Les rituels de conjuration ou rituels magiques visent à empêcher un évènement ou une situation redoutée. Le syndrome de lenteur primaire est un syndrome rare qui entraîne une lenteur excessive dans la réalisation de certaines actions de la vie quotidienne : le patient s'assure par son extrême application qu'il ne peut entraîner de catastrophe, qu'il n'oublie rien ou qu'il agit parfaitement, selon l'obsession contre laquelle il tente de lutter.

Les compulsions cachées, ou compulsions cognitives (mentales) caractérisent tous les TOC n'entraînant aucun rituel moteur : « tout se passe dans la tête » (se répéter sans cesse des phrases (parfois sous forme de prières répétitives), se répéter sans cesse un ou plusieurs mots / nombres, calculer incessamment, additionner, retrancher... (voir arithmomanie), pensées

blasphématoires, images ou pensées perverses à propos de la sexualité et insultes mentales à l'égard de personne que l'on aime ou avec lesquelles on est en train de discuter.

Souffrance et conséquences sociales

Selon le DSM5, le diagnostic de TOC n'est porté que lorsque la fréquence et l'intensité des symptômes provoquent une souffrance chez le sujet avec retentissement sur sa vie quotidienne ou professionnelle. C'est souvent le patient lui-même qui reconnaît le caractère invalidant et handicapant de ses obsessions-compulsions. Classiquement, la perte de temps liée aux TOC doit être supérieure ou égale à une heure par jour, avec un sentiment de détresse perturbant de façon significative la vie socio-professionnelle du sujet.

Le TOC peut entraîner une désocialisation avec risque de marginalisation et donc de déscolarisation chez les enfants et les adolescents ou de graves répercussions socio-professionnelles chez les adultes. Il est donc recommandé de consulter dès que les obsessions et rituels deviennent invalidants dans la réalisation des activités de la vie quotidienne.

Les études en imagerie cérébrale fonctionnelle ont suggéré que le trouble obsessionnel compulsif pouvait être la conséquence d'un dysfonctionnement, et non d'une lésion, d'ensemble de neurones localisés dans des circuits fronto-sous-corticaux dits associatifs (qui traitent des informations cognitives) et limbiques (qui traitent des informations motivationnelles). Parlant de ce trouble comme étant comorbidité à la schizophrénie le DSM5 lui attribue la fréquence 15%. Ainsi le TOC et la schizophrénie posent donc le problème de différenciation entre le diagnostic différentiel. Les symptômes des TOC dans la schizophrénie sont indépendants des symptômes psychotiques et ne sont donc pas la séquelle d'une maladie schizophrénique. Cependant certaines formes de TOC extrêmement sévères peuvent être confondues à tort avec des troubles schizophréniques où prédominent des symptômes obsessionnels compulsifs.

- L'état de stress post traumatique

Le trouble de stress post-traumatique, ou TSPT, désigne un type de trouble anxieux sévère qui se manifeste à la suite d'une expérience vécue comme traumatisante avec une confrontation à des idées de mort. Cette affection est aussi connue sous le nom de syndrome de stress post-traumatique (SSPT) ou état de stress post-traumatique dans la classification CIM10 . L'abréviation anglaise PTSD (pour *Posttraumatic stress disorder*) est parfois également utilisée.

Le trouble de stress post-traumatique est une réaction psychologique consécutive à une situation durant laquelle l'intégrité physique ou psychologique du patient, ou celle de son entourage, a été menacée ou effectivement atteinte (notamment en cas de torture, viol, accident grave, mort violente, maltraitance, négligence de soins de la petite enfance, attachement insécure, agression, maladie grave, naissance, guerre, attentat, accouchement). Les capacités d'adaptation (comment faire face) du sujet sont débordées. La réaction immédiate à l'événement aura été traduite par une peur intense (effroi), par un sentiment d'impuissance ou par un sentiment d'horreur.

Le TSPT est moins fréquent que la réponse aiguë au stress.

Symptômes persistants

Le patient souffrant d'un TSPT se plaint d'un sentiment de désespoir ou d'horreur associés à une triade de symptômes persistants :

- **Intrusion** : l'individu revit l'événement traumatisant. Il ne s'agit pas seulement de vagues réminiscences, mais d'incapacité à empêcher ces souvenirs de revenir le hanter. Certains parlent même de reviviscence pour dire à quel point il s'agit davantage de véritables flash-backs envahissants que de simples souvenirs. En effet, l'angoisse ressentie lors de l'expérience traumatisante peut être de nouveau éprouvée au moment du souvenir. Les cauchemars sont une autre manifestation de ce type de symptôme ;
- **Évitement** : l'individu tente d'éviter les situations et les facteurs déclencheurs qui pourraient lui rappeler l'événement traumatisant. Il aura aussi tendance à éviter d'en parler pour éviter d'y être confronté directement. Cela peut conduire jusqu'à une amnésie partielle ou totale de l'événement. Un autre aspect de l'évitement est l'émoussement des émotions qui peut aller jusqu'à une insensibilité émotive. L'individu perd intérêt dans des activités qui autrefois le passionnaient, se replie sur lui-même et fuit ses proches. Il peut également avoir des difficultés de communication, qui se manifestent notamment par une difficulté à s'exprimer correctement, le fait d'utiliser des mots inexacts et imprécis lorsqu'il parle (notamment lorsqu'il s'agit d'évoquer l'événement traumatisant), et avoir de graves difficultés relationnelles et être incompris par son entourage à cause de cela. Lorsque les facultés mentales, relationnelles ou verbales sont fortement entravées par ces réflexes d'évitement, on parle d'état dissociatif. Ces comportements d'évitement sont des réflexes qui sont indépendants de la volonté du patient, ils présentent de nombreux points communs avec les symptômes négatifs observés dans la schizophrénie ;

- **Hyperstimulation** : le patient souffre de plusieurs symptômes d'hyper vigilance et a par conséquent de la difficulté à se concentrer et à mener à terme ses activités. Il peut avoir notamment de l'insomnie, de la nervosité, une tendance à s'effrayer facilement, une impression constante de danger ou de désastre imminent, une grande irritabilité ou même un comportement violent. Chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut être perçu. Un sentiment intense de détresse psychique peut survenir lorsque l'individu est exposé à des éléments qui évoquent l'événement traumatisant.

- **Évitement et retrait**

L'évitement de tout ce qui rappelle l'événement traumatique est la principale réponse à un traumatisme psychologique. Alors, éviter d'y penser devient un impératif chez des sujets traumatisés affirme Newman & al. (1996). Le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (*DSM-IV*) dresse une liste de différents types d'évitement, comme les activités, les conversations, les personnes, les endroits et les réminiscences reliées à l'événement traumatique. Tous ces types d'évitement servent à protéger le sujet du contact avec tout ce qui peut lui rappeler le drame. Ce qui signifie qu'après avoir vécu l'événement traumatique, le sujet devient très sensible à tout ce qui peut lui rappeler cette expérience dramatique. Les indices de cette expérience dramatique peuvent avoir une double signification : le rappel de la souffrance lors de l'événement traumatique et le danger imminent d'un recommencement du drame. Pour Carlson, l'évitement post-traumatique peut se manifester sur les plans affectif, cognitif, comportemental et physiologique.

- **Évitement affectif** : à la suite d'un traumatisme psychologique, habituellement, le sujet présente une indifférence émotionnelle qui se manifeste sous la forme d'un détachement vis-à-vis d'autrui et de tentatives d'évacuer les émotions et sentiments. L'évitement des émotions fortes protège le sujet d'une poussée émotive associée au drame. Un sujet peut éviter une situation où peuvent se présenter de fortes émotions, comme les disputes, les films d'horreur. L'évitement affectif peut prendre la forme d'isolement des affects et d'isolement social.
- **Évitement comportemental** : comme toutes les autres formes d'évitement, l'évitement comportemental consiste à s'éloigner de tout ce qui peut rappeler le drame, comme les conduites, les personnes, les endroits et les situations associées au drame. Cet évitement comportemental peut être intentionnel, mais le plus souvent il est involontaire.
- **Évitement physiologique** : l'évitement physiologique est une sorte d'anesthésie des sensations ou indifférence sensorielle. Les traumatisés rapportent avoir une atténuation des

sensations de plaisir ou de douleur. L'évitement physiologique s'observe également dans l'annulation ou l'atténuation des sensations liées à l'expérience du traumatisme chronique approuvé par Herman (1992). Les recherches cliniques menées auprès des sujets ont relevé, à la fois, la reviviscence et l'évitement des symptômes après des événements traumatiques singuliers ; Fletcher (1996), Nader (1996) ; Putnam (1996) ; Pynoos & *al.* (1996) font remarquer l'extrême complexité des réponses post-traumatiques chez les sujets. Ils soulignent aussi la nécessité d'une approche développementale pour comprendre ces réponses post-traumatiques. Tandis que le TSPT s'observe chez des personnes à la suite de toutes sortes d'événements traumatiques, la recherche clinique a montré qu'un TSPT complet et caractérisé se rencontre moins souvent chez des enfants que chez des adultes après un désastre ; Ribbe, Lipovski & Freedy (1995) cités par Carlson (1997). Par contre, les enfants sont plus sensibles que les adultes aux violences interpersonnelles. Ces réminiscences véhiculent un vécu renouvelé de terreur d'une façon tellement réaliste que naît le sentiment de la répétition imminente du drame.

- **La peur d'avoir peur** : elle peut conduire un sujet à éviter un nombre de plus en plus grand d'activités de façon à éviter des émotions, des sentiments et des souvenirs. Plutôt que d'aller de l'avant dans son développement, le sujet semble rester immobile sur place, évitant les risques normaux de l'aventure du développement et de la croissance Pynoos & *al.* (1996). En mettant de tels efforts pour se protéger, il n'en reste plus beaucoup pour le travail, le jeu et tout ce qui fait la vie d'une personne. Les sujets évitent tout ce qui remet en mémoire ce qu'ils veulent oublier. L'évitement peut également, parfois, prendre la forme d'une agressivité nécessaire ou d'un attrait pour des activités risquées et dangereuses ou le retrait extrême.

Formes particulières

Le syndrome de stress post-traumatique complexe est une forme particulière de TPST qui survient lorsque le malade a été exposé à des violences physiques, verbales ou psychologiques répétées au cours desquelles il n'a pas eu la possibilité de se défendre. Il se manifeste par les symptômes suivants :

- Une altération de la régulation des émotions, avec une impulsivité marquée et des comportements s'avérant nuisibles pour le malade lui-même ;
- Des perturbations de l'attention ou de la conscience, pouvant entraîner des épisodes dissociatifs au cours desquels l'esprit est déconnecté : le patient a l'impression de ne plus

exister, d'être comme mort (dépersonnalisation) ou ne parvient plus à s'intéresser au monde qui l'entoure (déréalisation) ;

- Une altération de la perception de soi, avec des sentiments permanents de honte ou de culpabilité, et un sentiment de vide ;
- Une altération de la perception de l'agresseur, qui peut être par exemple idéalisé. Par exemple, le patient se plie à contrecœur au système de croyances et aux rationalisations de son ou de ses agresseur(s) et n'ose pas s'y opposer, sous peine de ressentir de la culpabilité ou de la honte. Il peut également éprouver une gratitude paradoxale envers son agresseur ; (voir Syndrome de Stockholm)
- Des relations interpersonnelles perturbées, avec une incapacité à faire confiance ou à avoir une relation intime avec autrui ;
- Des altérations cognitives avec une perte d'espoir

- Trouble bipolaire

Le trouble bipolaire (2 pôles), ou trouble maniaco-dépressif, est un diagnostic psychiatrique décrivant une catégorie de troubles de l'humeur définie par la fluctuation de l'humeur, oscillant entre des périodes d'élévation de l'humeur ou d'irritabilité (manie ou dans sa forme moins sévère d'hypomanie), des périodes de dépression et des périodes d'humeur moyenne (normothymie).

La cause n'est pas clairement déterminée mais dans notre cas nous la prenons comme comorbidité. Elle associe à la fois des facteurs de vulnérabilité génétique et des facteurs environnementaux.

Terminologie et définition

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui se définit par une variation anormale de l'humeur : alternance de périodes d'excitation et de dépression. Le terme « bipolaire » évoque ainsi ces deux pôles, entre lesquels l'humeur oscille.

Jusqu'en 1980, le trouble bipolaire était dénommé **psychose maniaco-dépressive** (PMD) ou **maladie maniaco-dépressive** (MMD). L'emploi du concept de « bipolarité » est issu de la reformulation, officialisée par le DSM-III en 1980, d'un grand nombre de termes descriptifs de troubles mentaux. Contrairement à des psychiatres et psychologues de la filière Rédigé et présenté par: Noale Boris Lebon

psychodynamique le DSM-III a exclu tous les termes de provenance psychanalytique, comme le terme de « psychose » qui a une acception variable selon l'école de pensée. Ce seul changement de terme a fait l'objet d'une controverse dans le monde médical.

Diagnostic

Il est nécessaire d'éliminer d'autres troubles, notamment parce que des symptômes dus à un dérèglement de la thyroïde pourraient être attribués par erreur à un trouble bipolaire. Les individus atteints de trouble bipolaire montrent des symptômes qui peuvent aussi être confondus avec ceux de la schizophrénie, de la dépression ou du trouble de la personnalité borderline, entre autres.

Signes et symptômes

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 troubles de l'humeur. Le trouble bipolaire est un trouble mental qui touche la régulation et l'équilibre de l'humeur. Les individus qui en souffrent sont sujets à des fluctuations d'humeur excessives, voire extrêmes, sans qu'il y ait forcément un événement extérieur déclenchant.

Les individus bipolaires connaissent des périodes où leur humeur est excessivement « haute » : il est question d'hypomanie (« hypo- » signifie « moins que » ou « sous ») si l'élévation de l'humeur est relativement modérée et d'un état maniaque si elle est très importante. De plus, les individus présentant un trouble bipolaire peuvent également connaître des périodes durant lesquelles leur humeur est particulièrement basse - il est alors question d'état dépressif modéré ou sévère. En fait, les périodes d'humeur haute et d'humeur basse alternent le plus souvent, entrecoupées de périodes d'humeur normale. Le terme « bipolaire » renvoie à la manie et à la dépression, qui sont les deux extrêmes (pôles) entre lesquels l'humeur oscille. L'oscillation spectaculaire de l'humeur est parfois appelée épisode ou accès thymique. La fréquence, l'intensité et la durée des épisodes thymiques varient d'un individu à un autre. En l'absence de traitement ou de soins appropriés, la fréquence des oscillations et la gravité de cette maladie chronique peuvent augmenter.

Le trouble bipolaire peut se caractériser par une phase maniaque sans présence de phase dépressive. Les individus souffrant de trouble bipolaire peuvent également faire l'expérience d'épisodes mixtes durant lesquels les symptômes de manie ou d'hypomanie tels que l'excitation par exemple et les symptômes de dépression tels que la tristesse sont ressentis en même temps.

Ces événements sont souvent entrecoupés par des périodes de stabilité de durée variable. Un état maniaque très intense peut s'accompagner de délires et d'hallucinations.

Épisodes dépressifs

Les signes et symptômes de cette phase dépressive du trouble bipolaire comprennent des sentiments persistants de tristesse, d'anxiété, de culpabilité, de colère, d'isolement ou de désespoir; des troubles du sommeil et de l'appétit ; de la fatigue et des pertes d'intérêt dans les activités ; problèmes de concentration ; solitude, haine envers soi, apathie ou indifférence ; dépersonnalisation ; timidité ou anxiété ; agressivité, souffrance chronique (avec ou sans cause apparente) ; manque de motivation ; et idées suicidaires morbides. Dans de sévères cas, l'individu peut présenter un délire ou, moins communément, hallucinations. Un épisode dépressif majeur peut persévérer au-delà de six mois s'il reste non traité.

Épisodes maniaques

La manie est caractérisée par un état dans lequel l'individu présente une humeur élevée ou irritable qui peut être euphorique et qui dure au moins une semaine (moins si une hospitalisation est requise). Des délires, comme chez les individus schizophrènes, sont diagnostiqués et peuvent être de différents types (par exemple sur le thème du complot ou sur un thème mystique, le délire de grandeur est cependant plus fréquent). En phase de manie, l'individu peut faire des gestes dangereux pour lui et pour les autres. C'est alors un cas d'urgence psychiatrique. L'individu doit être hospitalisé.

Épisodes hypomaniaques

Lors d'une phase d'hypomanie, les idées s'accélèrent, l'individu ne ressent plus la fatigue ni l'envie de dormir, celui-ci a tendance à être euphorique, à avoir davantage d'idées, fait des projets, parfois très ambitieux voire irréalistes. Ces phases peuvent varier entre plusieurs heures, et quelques jours consécutifs. Dans certains cas, le sujet peut avoir des pensées mégalomaniaques, et une désinhibition sociale et parfois sexuelle.

Symptômes associés

Un des aspects dramatiques de ce trouble mental est que, lors de la phase maniaque, l'individu peut se discréditer gravement sur le plan social et professionnel. Une fois la phase de manie passée, lorsqu'il se rend compte de la manière dont il agit, l'individu est souvent accablé ;

cela s'ajoute à son sentiment de dépression. Cependant, les troubles peuvent se manifester par de graves troubles du jugement, ainsi altéré ; des biais cognitifs, ou « artefacts cognitifs », peuvent se faire jour, notamment un sentiment de persécution associé à un sentiment de toute-puissance. Dans ces moments, il est important que l'individu atteint de trouble bipolaire ne reste pas seul. Le désespoir peut être intense, le risque de suicide est très fort, l'individu se dévalorise et se juge nul, inutile, éprouve un immense sentiment de honte.

Certains patients atteints de trouble bipolaire peuvent éprouver des problèmes moteurs pendant leurs épisodes. Ces problèmes touchent jusqu'à 25 % des patients déprimés et jusqu'à 28% des patients qui traversent un épisode mixte ou maniaque. Ces problèmes moteurs sont appelés « symptômes catatoniques ». Ces symptômes varient et peuvent comprendre une agitation extrême, ou au contraire, un ralentissement des mouvements. Parfois, le patient fait des mouvements ou adopte des postures inusitées. Il est soit impossible à ralentir, soit impassible au point de refuser d'ouvrir la bouche pour manger, boire ou parler. Sa santé physique est alors gravement menacée. Dans la plupart des cas, un traitement permet d'éliminer les symptômes catatoniques.

Le trouble bipolaire est le trouble psychiatrique avec le plus haut risque de suicide à long terme - de l'ordre de 15 % sur la vie entière, soit trente à soixante fois plus que la population générale. Ce risque, fait avant tout, suite à la présence d'épisodes dépressifs mixtes ou à la fréquence élevée de comorbidité, comme les troubles anxieux ou la dépendance.

Troubles unipolaires

L'abandon du terme psychose maniaco-dépressive au profit de l'expression *troubles bipolaires*, a fait distinguer deux sortes de dépressions : les *dépressions bipolaires* dans lesquelles les phases dépressives alternent avec des phases de manie, et les *dépressions unipolaires* qui ne comportent qu'une succession de phases dépressives ; ces deux types de dépressions ne peuvent pas être différenciés par les symptômes qui sont identiques ; toutefois, on observe que les dépressions bipolaires peuvent commencer beaucoup plus jeune (12–15 ans) et ne réagissent pas aux antidépresseurs, tandis que les dépressions unipolaires commencent plus tard (18–30 ans) et ne réagissent pas ou peu aux thymorégulateurs.

On parle aussi de *manies unipolaires* pour les manies qui ne sont pas associées à des phases dépressives.

Les différences qui existent entre une dépression unipolaire et bipolaire peuvent être regroupées dans le tableau classé à droite de la section.

Diagnostic

Le trouble bipolaire peut s'exprimer différemment et ne pas être reconnu d'emblée. Cette situation est malheureusement la plus fréquente. Certaines données épidémiologiques illustrent cette réalité : de 3 à 8 ans d'évolution avant que le diagnostic n'ait été posé correctement et qu'un traitement spécifique n'ait été mis en place, intervention de 4 à 5 médecins différents. La recherche de périodes d'exaltation est un bon moyen pour établir le diagnostic ; mais il n'est pas toujours évident pour le patient de comprendre que les périodes où il se sentait particulièrement bien ont la même origine que les périodes où il se sentait mal. Devant la fréquence des troubles bipolaires et l'importance de l'enjeu pronostique, la recherche de signes de bipolarité devrait être systématique devant tout épisode dépressif. Elle devrait répondre à une codification afin de faciliter la démarche diagnostique.

La prise en compte des antécédents familiaux ne se limite pas simplement à rechercher des troubles de l'humeur chez les ascendants et collatéraux. L'existence ou non d'une alcoolodépendance, de troubles du comportement, d'une originalité, de suicides ou de tentatives de suicides, de troubles anxieux, de troubles des conduites alimentaires, de troubles obsessionnels doivent être recherchés. Parmi les antécédents personnels, les manifestations pouvant témoigner d'un trouble de l'humeur pourront orienter le diagnostic vers un trouble bipolaire : période d'euphorie et d'excitation, de dépenses excessives, comportements originaux, problèmes avec la justice, alcoolodépendance, conduite à risque ou excessive, crises de violence ou d'agressivité, la notion d'une cassure par rapport à l'état antérieur, d'un changement, d'une modification du caractère, la notion d'un virage de l'humeur lors d'une prescription préalable d'antidépresseurs...

Un âge précoce de début des symptômes, au moment de l'adolescence ou au début de l'âge adulte, est aussi un indice à prendre en compte : le trouble unipolaire (dépression) ayant toutefois un début plus tardif. Chez la femme, des troubles de l'humeur survenant dans les suites de l'accouchement et avant le retour de couches seront très en faveur d'un diagnostic de bipolarité. Un tempérament de base de type hyper thymique caractérisé par une hyperactivité, une hyper syntonie, des projets multiples, une sociabilité excessive peut orienter vers ce diagnostic. D'autres traits de personnalité sont fréquemment retrouvés chez les patients bipolaires : hypersensibilité, dépendance affective, recherche de sensations fortes... Certaines

études ont de même souligné une corrélation entre trouble bipolaire et créativité, bien que cette relation reste incertaine et peu expliquée.

La symptomatologie dépressive évoquant une bipolarité peut présenter une ou plusieurs particularités : symptômes psychotiques, altération du rythme circadien avec inhibition psychomotrice majeure le matin et atténuation en fin de journée, symptômes de dépression atypique : hypersomnie, hyperphagie, inhibition psychomotrice pouvant aller jusqu'à un blocage de la pensée, labilité de l'humeur. Il est également recommandé de réaliser un entretien avec un membre de la famille et d'inciter le patient à faire des auto-évaluations (*life chart...*). D'autres symptômes n'ont pas de spécificité propre mais sont fréquemment observés : irritabilité, agressivité, réaction de colère, sensibilité excessive, émoussement affectif pouvant aller jusqu'à une incapacité à pleurer et ou à exprimer des affects négatifs.

Classifications

Les classifications officielles du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-IV) et de la Classification internationale des maladies (CIM 10) distinguent trois types de trouble bipolaire :

- **Trouble bipolaire de type I** : caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes et des épisodes dépressifs d'intensité variable (le diagnostic peut être posé même en l'absence de trouble dépressif). Une cause organique, iatrogénique ou toxique ne permet pas de retenir ce diagnostic ;
- **Trouble bipolaire de type II** : défini par l'existence d'un ou plusieurs épisodes hypomaniaques et un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs ;
- **Cyclothymie** : qui débute souvent à l'adolescence, de nombreuses périodes dépressives modérées ou d'hypomanie, de quelques jours à quelques semaines, sont diagnostiquées. Isolé par Kahlbaum, en 1882, le trouble cyclothymique constitue une forme atténuée de trouble bipolaire.

Klerman, (1981) distingue six catégories de troubles bipolaires : les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis classiquement, les bipolaires III chez lesquels les états maniaques ou hypomaniaque sont été induits par des traitements médicamenteux, les bipolaires IV qui correspondent au trouble cyclothymique, les bipolaires V qui présentent des antécédents familiaux de troubles bipolaires et les bipolaires VI qui se caractérisent par des récurrences maniaques. Vingt ans après, Akiskal et Pinto individualisent huit formes différentes.

Il est à signaler que certaines spécialistes expriment que les différentes sortes de troubles bipolaires ne forment qu'une seule maladie maniaco-dépressive, d'autant plus que le patient peut « changer » de forme de trouble bipolaire. Le spectre des troubles bipolaires s'est récemment élargi en intégrant les tempéraments cyclothymiques et hyperthymiques, les troubles saisonniers et les formes évolutives brèves. Les différentes catégories de troubles qui appartiennent au spectre bipolaire ne justifient pas les mêmes mesures thérapeutiques et ne présentent pas les mêmes critères de gravité. La cinquième version du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux* (DSM-V) devrait inclure les bipolaires I et II, tels qu'ils sont définis actuellement, les BP II 1/2 qui seraient représentés par les troubles cyclothymiques, les bipolaires III qui intégreraient les états maniaques ou hypomaniaques induits par des traitements et les bipolaires IV qui correspondraient aux hyperthymies. Ces dernières classifications montrent bien la tendance à l'extension du concept de troubles bipolaires, qui regroupe sous le terme de spectre bipolaire différentes entités : troubles, personnalités et tempéraments.

2.4 LA PERSONNALITÉ

Le champ de la psychologie différentielle est particulièrement vaste, s'attachant à décrire, comprendre et expliquer les différences tant interindividuelles (les différences entre individus) qu'intra-individuelles (les différences pour un même individu dans des contextes). L'étude de la personnalité est l'une des thématiques qui a fait et fait encore l'objet de nombreux travaux au sein de cette discipline.

2.4.1 Définition de la personnalité

Chacun a une représentation de ce que c'est que la personnalité ; mais pourtant ces représentations naïves nous servent à fonctionner et nous adapter dans notre environnement ne sont pas toujours justes d'un point de vue scientifique. En effet nous inférons souvent des caractéristiques de personnalité à partir de l'observation du comportement des personnes que nous rencontrons mais pourtant ces comportements peuvent refléter non pas la personnalité mais l'attitude qui va dépendre du contexte et des enjeux personnels sous-jacents. C'est pourquoi nous avons jugé nécessaire de lire sous la plume d'Etet (2019) une claire définition de la personnalité. Pour elle « la personnalité est une combinaison de caractéristiques émotionnelles, d'attitudes et de comportement d'un individu. »

2.4.2 Etymologie de la personnalité

Etymologiquement la personnalité vient du terme latin « persona », qui est un mot grec et désigne le masque derrière lequel se cache un individu, le masque de théâtre antique grec qui symbolisait l'interface entre l'auteur, son rôle et le public. A cet effet Etet (2019) affirme : « Artifice d'un théâtre d'effigie il présentait les trois particularités suivantes : grâce au masque le public devait pouvoir prédire l'action du comédien ; il y avait un nombre défini de masques possibles ; chaque acteur n'avait le droit d'utiliser un masque par présentation ».

2.4.3 Impact de la personnalité sur la maladie

Tomber malade affecte forcément notre corps, notre bien-être physique et psychique. Quand la maladie (physique ou psychique) s'installe, elle peut être ressentir comme une tragédie absurde. Il va de même pour le traitement et les soins qu'elle reçoit. Il serait pourtant illusoire de penser que seul notre corps est le processus interagissent avec le trouble. Notre personnalité a aussi un grand rôle à jouer lors de la survenue de celle-ci. Elle peut être comme une force ou une faiblesse lors de la survenue d'un trouble. C'est dans ce sens que Planète Santé (2018) affirme que :

L'approche psychologique considère que la personnalité n'est pas pathologique mais dimensionnelle : les traits de notre personnalité (un ensemble de caractéristiques émotionnelles, d'attitudes et de comportements individuels, qui permettent de distinguer les individus entre eux) interagissent avec l'environnement ; face à la maladie physique aux troubles psychiques, ils s'adaptent et se transforment. En ce sens, ils peuvent prédisposer au développement et au maintien de certaines maladies. »

2.4.4 Personnalité comme prédisposition

Plusieurs études suggèrent des liens entre des traits de personnalité et des pathologies. Les personnes introverties et pessimistes seraient par exemple plus vulnérables face à la sclérose en plaques ; les personnes volontaires et en besoin de reconnaissance présenteraient davantage d'urticaires ; les personnes peu consciencieuses seraient plus susceptibles de développer un diabète par manque de rigueur dans leur hygiène de vie, etc. Si ces données restent controversées, il est en revanche reconnu que certains facteurs psychologiques comme le stress jouent un rôle dans la survenue de l'hypertension artérielle, l'asthme, les ulcères, les allergies, les maladies du côlon, de la peau et auto-immunes. Cela serait dû aux stratégies de *coping* des

patients, aux efforts cognitifs et comportementaux qu'ils mettent en place pour maîtriser, réduire ou supporter leur niveau de stress.

2.4.5 Personnalité comme force

L'approche psychothérapeutique, envisage parfois le trouble comme élément qui permet de se redécouvrir soi-même. Le symptôme physique ou psychique devient l'occasion d'analyser ses émotions et ses pensées et de mobiliser ses propres ressources face à l'adversité. Il n'y pas de doute lorsque nous affirmons que la personnalité influence le trouble chez un individu. C'est dans ce sens que les psychologues cliniciens se plaisent parfois à forger la personnalité d'un individu lorsqu'il est victime d'un trouble. A ce propos Planète Santé (2018) affirme que « Le *counseling* psychologique, proposé à l'hôpital par des psychothérapeutes de liaison, aide le patient à dépasser les moments de crise et la survenue des symptômes somatiques. Par l'échange et la parole, il est amené à construire quelque chose de nouveau suite au choc de la nouvelle de la maladie et à se reconnecter à son fonctionnement interne. Plutôt qu'une expérience à endurer, stigmatisée et douloureuse, la maladie devient le lieu d'une expérience et de la guérison du psychisme. » cette règle garde également tout son sens lorsqu'il s'agit de trouble psychologique.

2. 5 RESILIENCE EN SCHIZOPHRENIE

Torgalsboen (20212) cité par Etet (2019) a constaté que la principale caractéristique des personnes rétablies de schizophrénie était la présence d'une forte capacité de résilience. Etet (2019) le cite à cet effet en disant « la personne rétablie ayant un ancien diagnostique de schizophrénie avaient des résultats de résilience significativement élevés et de résultats de symptômes significativement bas par rapport à ceux qui étaient en rémission. Ceux qui avaient un résultat durable ont déclaré que l'optimisme et le pouvoir de décision ont joué des rôles clé dans la guérison. » cette analyse vient à point nommé pour situer que la notion de résilience n'est pas un mythe en schizophrénie elle est une réalité. Ces résultats ont contribué à l'utilisation de résilience comme un indicateur des symptômes et rémission. Soulignons donc que cette observation n'est pas différente de celle faite par Koeming (2017) pour qui le rétablissement en schizophrénie est processus qui tient en compte les critères symptomatiques et fonctionnels. Ce qui la pousse à affirmer : « une rémission symptomatique établie avec un score un score égale ou inférieur à 4 modéré ; dans chacun des items relatifs aux symptômes positifs et négatifs de la schizophrénie de l'échelle brief psychiatrique rating scale (BPRS) ; Il y'a donc lieu de souligner

que la résilience chez un schizophrène est synonyme de réduction des symptômes. Koenig (2017) subdivise le rétablissement qu'elle assimile à la résilience en quatre grands axes donc le premier est l'axe fonctionnel : « les critères concernent le fonctionnement socioprofessionnel (par exemple minimum la moitié du temps consacré aux activités scolaires et professionnelles) ; l'autonomie et les relations sociales. » Cette pensée montre que la résilience se caractérise d'une part par le souci de prise en main et de responsabilité sociale. Elle y ajoute l'axe temporel et dit : « le rétablissement implique que les critères suivants soient pendant aux moins deux années consécutives. ». Ces résultats ont conduit à la possibilité d'utiliser la résilience comme un indicateur des symptômes de rémission et de guérison (Torgalsboen & Rund 2010) cité par Etet (2019). Ces découvertes ont suscité une question importante à savoir si cet état d'esprit était intrinsèque au participant et l'aidait à faciliter sa guérison ou était facilité par la guérison Torgalsboen(2012). Une autre question suscitée par ces découvertes consiste à savoir si ces individus participent à un processus de résilience plus riche et ainsi, améliorent leur niveau de résilience expérimenté ou si ces relations sont donc des processus de résilience dans l'individu rendu possible par les attributs de la personne, ou les deux. Hansan & Thomassen (2010) cité par Etet (2019) « ont constaté que le niveau de résilience mesuré avec l'échelle de résilience de Connor-Davidson est considérablement bas parmi ce groupe de personnes souffrant de la schizophrénie comparée à la population en général et aussi en dessous de ce qui a été constaté chez les anciens malades qui souffrent des autres maladies mentales. » Ce qui est tout à faire une évidence car on ne peut pas être malade et avoir un même niveau de résilience avec une personne normale.

En analysants les résultats d'espoir, mesurés avec l'index Hertz Hope Index, ceux-ci étaient légèrement en dessous de la moyenne par rapport à la population générale. Les résultats sur l'efficacité de soi dans les groupes de patients, mesurés avec l'échelle de l'efficacité de soi étaient légèrement en dessous de la moyenne par population en général (Hansen & Thomassen, 2010). Ces échelles mesurant les critères internes du point de vue de la santé psychologique au travers des construits tels que des bonnes relations, l'espoir et efficacité de soi. Cette résilience expérimentée reflète le bien être psychologique dans la schizophrénie, tel que suggéré Anderson & al.(2003), il est suggéré que lorsqu'on rassemble ces échelles elles reflètent le bien être psychologique considéré comme important pour des personnes diagnostiquées avec un diagnostic spectral de schizophrénie. Une théorie a été établie que le bas niveau de résilience reflète l'adversité des psychoses et que ce niveau sera plus élevé à l'étape pre-morbite de cette

maladie. Il pourrait arriver que ces niveaux réduits d'expérience en résilience soient un type de structure de personnalité chez les personnes qui ont une tendance à développer la schizophrénie. Ces relations ne sont pas connues et n'ont pas fait le sujet d'une enquête. Dû au fait que ses niveaux sont mesurés après une période d'adversité, il est suggéré que ces niveaux reflètent les processus à l'intérieur de la personne et les processus dans l'environnement ; la résilience expérimentée, rendu possible par l'adversité et le fait d'être diagnostiqué schizophrène.

- **Résilience expérimentée produisant un effet positif en schizophrénie**

Le concept du rétablissement en schizophrénie a commencé à gagner de terrain dans les années 1980 lorsque les anciens clients qui avaient des problèmes mentaux ont publié les histoires sur le rétablissement des maladies mentales graves. Anderson, Oades & Caputi (2003) ont révisé cette littérature et ont créé une nouvelle définition du rétablissement psychologique basée sur leur recherche. Ici le rétablissement est décrit à travers l'espoir et l'auto-détermination conduisant à une vie significative et un esprit positif envers soi, que la maladie mentale soit là ou pas. Les chercheurs ont révisé la littérature sur le processus de rétablissement de la schizophrénie et ont récapitulé cinq étapes dans ce processus. Le moratoire, qui est la première étape, est caractérisé par le déni, la confusion, le manque désespoir, confusion d'identité, un repli sur soi protecteur. La prise de conscience a lieu lorsque la personne a une première lueur d'espoir d'une vie meilleure et que le rétablissement est possible, cela implique une conscience d'un possible moi, autre qu'une « personne malade ». Un moi capable de rétablissement. Le 3^e stade, la préparation, prend place lorsque la personne se résout à commencer le travailler sur son rétablissement.

Cette étape implique faire le bilan du moi intact, des valeurs personnelles, des forces et des faiblesses. Cela implique se renseigner au sujet des malades mentales, et des services disponibles, apprendre des talents de rétablissements, s'impliquer dans des groupes et se connecter avec des pairs. La reconstruction la quatrième étape consiste à travailler pour forger une identité positive. C'est ici que le vrai travail de rétablissement prend place, cela implique régler et travailler pour atteindre des buts personnellement estimé, et cela pourrait impliquer réévaluer les anciens buts et valeurs. Ici la personne prend la responsabilité de gérer la maladie et de prendre le contrôle de sa vie. Cette étape implique de prendre des risques, de supporter les échecs et de revenir essayer à nouveau. La croissance est l'étape finale, et peut être considérée comme la sortie du processus de rétablissement. La personne pourrait ne pas être complètement

débarassée des symptômes, mais sait comment gérer la maladie et rester bien. Ici la résilience est vue au-devant des obstacles, la personne a foi en son habileté à s'en sortir et à maintenir un regard positif. La personne a une vie remplie, pleine de sens, et regarde au futur. Il ou elle a un sens positif du soi, ressentant que l'expérience a fait d'elle une personne confiante (Anderson, Oades & Capui 2003).

La personne qui souffre de la schizophrénie a acquis des techniques qui la rendent capable d'avoir une conception de soi et des sentiments d'un bien-être psychologique malgré la situation présente. La dernière étape selon le modèle Anderson, la croissance, suggère que la résilience est démontrée face aux nouveaux obstacles. La personne croit en sa capacité de traverser et maintenir un air positif. Pour Torgalsboen, (2012) La personne a une pensée positive de soi et sent que l'expérience pourrait avoir contribué à faire d'elle la personne confiante qu'elle est devenue. Des personnes qui ont publié leurs histoires personnelles concernant leurs processus de rétablissement sont considérées comme ayant des traits de résilience plus élevés et ont été capable de participer à des processus de résilience plus riches avec l'environnement, leur donnant la possibilité d'avoir un haut niveau d'expérience en résilience.

2.6 LA MENTALISATION

Mayi (2017) nous propose une approche de la mentalisation qui se rapproche d'une perspective adlérienne, celle de l'épanouissement du sujet en liaison avec le développement de son « sentiment de la communauté ». Dans ce sens il considère la mentalisation comme étant une fonction qui implique les processus de pensée et l'affectivité. De là il en découle que la mentalisation est une aptitude qui consiste à interpréter, comprendre les causes psychologiques du comportement (le sien et celui des autres), en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux, tels que les pensées, les sentiments, les souhaits et les intentions. La mentalisation est utilisée pour comprendre les comportements et les réactions des autres (ainsi que les nôtres) en termes d'intentions et d'états mentaux, tels que pensées, sentiments, souhaits et intentions. C'est une faculté qui permet à l'individu de donner un sens aux phénomènes internes et externes.

- Origine et conceptualisation de la mentalisation selon mayi (2017)

Le concept de « mentalisation » vient du français « mental » qui dérive du bas latin « mentalis », de « mens », « mentis » « esprit ». Ces concepts ont été ultérieurement reconfigurés comme

synonyme de « psychisme ». A la fin du Moyen-âge européen, « mental » a été évoqué pour désigner l'esprit en tant qu'il pouvait être l'objet d'attentions scientifiques, généralement biologisantes pour l'époque. Les physiologistes et les médecins ne cessaient de rejeter l'idée d'une immatérialité de l'esprit humain.

Se généralisa l'usage de l'expression « maladie mentale » là où pendant des siècles les théologiens et religieux chrétiens avaient soutenus l'idée d'« aliénation spirituelle ». Et jusqu'à nos jours, l'on parle de « santé mentale » par opposition à la santé de l'organisme. Janet en son temps parla de « force mentale ».

A en croire Mayi (2017) ,ce vocabulaire a quelque chose de purement africain, ayant été retenu par l'intellectualité grecque et latine à cause de son caractère heuristique. Le transcrit « mn » désigne « un ancêtre, un totem, un esprit, un être du 'mésocosmos' », c'est-à-dire un être qui parce qu'il répond de l'au-delà est susceptible

- de matérialisation et de dématérialisation,
- d'être appréhendé et analysé uniquement selon le mode d'être de sa personnalité psychique. Le Pharaonique « mn nfr » « bel esprit, beau totem » est une épithète qui sert à désigner les divinités

CHAPITRE III: RESILIENCE ET PERSONNALITE

3. THÉORIES

A ce point précis de notre recherche, il est judicieux de faire appel aux théories qui favorisent l'explication et la compréhension de notre objet d'étude. Afin de détailler et de mettre en exergue les différents contours de ladite étude.

En effet la notion de prise en charge des comorbidités, chez les schizophrènes fait l'objet de plusieurs considérations théoriques en psychopathologie, en psychologie clinique et plus encore en psychiatrie. Nous tâcherons donc à souligner quelques-unes de ces théories, ou celles qui nous semblent plus pertinentes par rapport à notre problématique ; de ce fait nous allons davantage nous référer sur la théorie de la résilience, celle de la personnalité et celle de la mentalisation. Elles déterminent avec un fort intérêt le parfait rétablissement chez les patients schizophrènes résilients.

3.1. Théorie de la résilience :

Il est vrai que précédemment nous avons évoqué Boris Cyrulnik et Marie-Anaëth pour une nette compréhension du concept de résilience, ici nous allons à nouveau les évoquer afin de ressortir le fondement de cette théorie. De plus nous allons interroger cette théorie à la lumière de autres contours théoriques qui se précisent petit à petit autant que dans ses applications que sur les terrains de pratiques.

Avant toute chose, nous tenons d'abord à rappeler que la résilience est sans doute encore en cours de développement et les applications cliniques qui en découlent dans les pratiques de soins sont encore à construire, à valider et à délimiter. Cependant, le modèle issu de la résilience représente un espoir important qui change le regard porté aux patients et à l'accompagnement dans leur souffrance. Ainsi Anaut (2015) stipule clairement que « l'approche de la résilience considère l'individu à partir de ses potentiels de résistance et de rétablissement, en tant que sujet capable de trouver face à l'adversité des réponses adaptatives variées qui lui permettent de se construire malgré ou à partir des situations délétères ou traumatogènes » cette théorie est fondamentale dans notre travail puisque notre étude soutient l'hypothèse d'une capacité de résilience chez les patients schizophrènes. Pourtant cette approche a mis du temps à s'imposer. Pendant longtemps, le modèle psychopathologique a dominé, focalisant les intervenants des secteurs de la santé et du social sur les probables vulnérabilisations des sujets soumis à des épreuves délétères. Le changement de regard sur les patients atteints de la schizophrénie s'est effectué petit à petit et l'on peut encore déplorer que la plupart des conceptions théoriques en

psychologie et psychopathologie insistent essentiellement sur la fragilité de l'être humain et non sur ses ressources et ses compétences. Les approches contemporaines de la résilience tentent de répondre à cela, en proposant un modèle de compréhension du sujet dans sa globalité biologique, psychologique et sociale, avec ses facteurs de vulnérabilité mais aussi avec ses potentiels solutions.

Du point de vue de sa construction théorique, la résilience est multidimensionnelle. Elle se situe à un carrefour épistémologique qui intègre notamment les apports des théories développementales, systémiques et plus récemment psychanalytiques.

Par ailleurs, les observations cliniques des praticiens dans leur quotidien des prises en charge des patients, ainsi que des recherches exploratoires sur des populations dites à risque, ont permis de démontrer la réalité clinique du phénomène de résilience. Parmi les observations cliniques marquantes, la recherche conduite par, Werner & al. (1982) occupe une place prépondérante. Cette étude longitudinale (sur plus de 30 ans), portant sur le suivi d'une cohorte d'enfants et de familles considérées comme à risque, a mis en évidence des processus de résilience chez de nombreux enfants élevés dans des contextes fortement carencés.

Différents concepts et notions peuvent être associés à la résilience, soit en participant à la compréhension de la résilience, soit en permettant de la différencier. Parmi les concepts associés, nous pouvons citer les notions de : compétences sociales, cognitives, comportementales...; stress et coping (ajustements aux situations aversives) ; facteurs de risque/facteurs de protection ; vulnérabilité ; estime de soi ; attachement ; traumatismes ; mécanismes de défense... contribuant ainsi à théorisation de la résilience. À cet effet un rapport a été établi entre la résilience et le style d'attachement.

Pour revenir sur la résilience et style d'attachement, il est clair qu'au cours des premières approches de la résilience, l'une des questions qui a émergé est celle des rapports entre le développement de la personnalité et l'influence des styles d'attachement comme éventuels déterminants de la résilience. Dans cette perspective ont été mises en travail des questions comme : Peut-on relever des traits de personnalité spécifiques chez les sujets développant un processus résilient ?

L'analyse du développement de la résilience chez les sujets s'est ainsi intéressée à l'importance des premières expériences d'attachement, avec notamment le style d'attachement « sécure » comme permettant à l'enfant de développer la résilience. Par la suite, le déterminisme des premiers styles d'attachement a été revisité à la lumière des travaux sur le développement et

la plasticité des styles d'attachement au cours de la vie tel que le soulignent Humbert (2003) et, Anaut,(2005).

La capacité d'une personne à résister à une épreuve brutale et à en tirer parti pour se renforcer renvoie à la résilience. Anaut (2015) ne fait pas la liste des troubles dans laquelle intervient la capacité de résilience, pour ainsi dire la résilience peut intervenir dans la survenue de tous les troubles et même chez les patients schizophrènes. C'est après lecture de cette théorie que nous justifions le fait que certains schizophrènes peuvent retrouver un soulagement après la survenue d'une terrible maladie telle que la schizophrénie. Tel que nous l'avons souligné dans la présentation de la résilience dans le chapitre précédent la résilience est certes présente chez tous les individus, mais seulement que son principe et son fonctionnement n'est pas universel chez tous, les individus. C'est dans ce sens qu'on comprend d'avantage Anaut (2015) lorsqu'elle pense que la résilience varie en fonction des individus (En se basant sur le vécu de certains sujets connus comme résilients on peut aisément énumérer les différentes notions qui interviennent dans la résilience. Parmi lesquelles, les habilités à résoudre des problèmes ; l'autonomie, la capacité de distanciation face à un environnement perturbé, l'altruisme, la sociabilité, la perception d'une relation positive avec un adulte on trouvera aussi la génétique, la faculté d'adaptation, la charge en sérotonine, la sublimation via le théâtre, l'écriture ou les causes humanitaires). Ce qui nous donne de parler de la résilience et différences interindividuelles.

- Résilience et différence individuelle

Les différences interindividuelles sont parfois expliquées en termes de résistances plus ou moins grandes des individus, en référence à la variation de la vulnérabilité interne des personnes. Cela a été le cas des premières interprétations proposées par Emmy Werner pour tenter de comprendre les enfants résilients. Plus généralement, les premières approches ont interrogé la résilience chez les individus en l'expliquant uniquement ou essentiellement comme la capacité de résistance à l'adversité. D'autres en évoquant chez certains enfants (ou sujets) une supposée invulnérabilité, telle que décrite par Anthony & al.(2006) (Théorie ensuite abandonnée). Tout d'abord il est clair que la résilience est un potentiel chez tous les individus. La plupart des chercheurs et des praticiens s'accordent pour considérer que la résilience est un potentiel présent chez tout un chacun. Dans cette perspective, Lemay (1999) la décrit comme : « un formidable réservoir de santé dont disposerait chaque individu ». La résilience peut se développer

différemment suivant les individus, leurs caractéristiques singulières, en fonction des étapes du développement psychologique, du cycle de vie et des circonstances socio-environnementales.

La résilience n'est donc pas considérée comme l'apanage de certains individus et absente chez d'autres, mais comme un potentiel présent chez tous les sujets. Cette hypothèse des ressources résilientes latentes permet d'envisager des accompagnements basés sur le modèle de la résilience. Ainsi, les mécanismes de la résilience peuvent soit être activés spontanément par les individus lors des circonstances particulières (traumatismes...) ; ou bien être stimulés par des procédures d'aide ou d'accompagnement (éducatif, thérapeutique, soignant...).

La résilience pouvait ainsi apparaître comme acquise une fois pour toute par certains individus, alors qu'actuellement les chercheurs s'accordent pour la considérer comme un processus dynamique et évolutif et qui n'est pas forcément pérenne ni persistant à toutes les épreuves de la vie. A l'heure actuelle, les théories sur la résilience insistent davantage sur la flexibilité dans les modalités d'ajustement, la souplesse adaptative et défensive, voire la créativité dans les processus de protection. En tant que processus elle est multifactorielle.

- **Résilience comme processus multifactoriel**

La résilience est un processus multifactoriel issu de l'interaction entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs...) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socioaffectif). Il en résulte des formes de résiliences spécifiques résultant d'un processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet.

L'interaction entre les facteurs de risque et les facteurs de protection pourra conduire vers la résilience ou vers la vulnérabilité. On peut souligner l'effet filtre des facteurs de protection internes et externes face aux événements aversifs. Autrement dit, les facteurs de protection agissent comme des « mécanismes médiateurs » de la résilience. La résilience peut concerner les individus, les familles, les communautés ou sociétés. Un certain nombre de caractéristiques associées au processus de résilience, ont été identifiées et constituent des « facteurs » de résilience individuelle, familiale ou communautaire selon les approches.

- **Facteurs de résilience individuelle**

A partir de l'étude des individus réputés résilients, on peut retenir un certain nombre de caractéristiques qui contribuent à faciliter la résilience comme, par exemple :

- Habilités de résolution de problèmes
- Autonomie
- Capacités de distanciation face à un environnement perturbé
- Compétences sociales
- Empathie
- Altruisme
- Sociabilité, popularité
- Perception d'une relation positive avec un adulte

- **Facteur familiale**

Ici les caractéristiques et la structure de la famille influencent la résilience familiale. Ces caractéristiques et structures sont : l'âge des parents, le nombre d'enfants, l'espace entre les naissances, espace physique suffisant, spiritualité, idéologie et discipline éducative. En plus de cela il est important de noter que la dynamique familiale joue un très grand rôle dans l'élaboration de la résilience. Ce qui revient à dire que la qualité de la communication, l'interaction chaleureuse et positive sont des caractéristiques familiales.

- **Le facteur de résilience sociale**

Cette résilience n'est pas en reste (Il s'agit ici des différents niveaux de résilience sociale entre autre les parcs, la communauté sociale c'est-à-dire l'école, le quartier ou les clubs, la communauté religieuse ou idéologique et la société et la culture. Ces différents laissent apparaître les formes de résiliences suivant la solidarité, l'entraide et de tolérance sociales la participation à des groupes de parole (y compris si l'on ne parle pas), l'organisation d'une communauté sociale, la religion, l'investissement dans le sport.). En psychologie clinique, l'approche de la résilience est volontairement restrictive. La résilience est considérée comme un processus dynamique qui implique le ressaisissement de soi après un traumatisme et la construction ou le développement normal en dépit des risques de désorganisation psychique. La résilience peut donc se définir comme incluant :

- a) le ressaisissement de soi après un traumatisme ;

- b) la (re) construction ou le développement normal en dépit des risques ;
- c) un rebond psychologique avec une force mobilisable dans d'autres circonstances.

On peut appréhender le processus de résilience de manière psychodynamique suivant deux axes principaux. D'une part du point de vue du traumatisme et de la réponse du sujet, d'autre part du point de vue des mécanismes de défense mobilisés par le sujet réputé résilient.

- **Résilience et trouble**

Dans la perspective psychodynamique, on considère qu'il n'y a résilience que dans la rencontre avec le trouble. Ainsi, le processus de résilience suppose la survenue d'un trouble (unique ou multifactoriel) et la réponse du sujet qui relèvera de son aptitude à surmonter le trouble. La résilience résultera de l'expérience vis à vis du trouble qui met en jeu les dimensions suivantes :

- Un risque vital (physique ou psychique)
- Un éprouvé d'agonie psychique...

Les modalités de réponse du sujet pour se défendre.

- **Résilience et mécanismes de défense**

Pour aborder les mécanismes de défense nous nous appuyerons sur la définition donnée par Braconnier (1998) : « La notion de mécanisme de défense englobe tous les moyens utilisés par le moi pour maîtriser, contrôler, canaliser les dangers internes et externes ».

Ce qui caractérise les mécanismes de défense est avant tout leur rôle homéostatique. Son but est de protéger le sujet, l'empêchant d'être immobilisé par l'anxiété et la dépression. Cependant, ils peuvent être plus ou moins adaptés, notamment en fonction du contexte de leur utilisation et de la rigidité de leur expression. Leur adaptabilité dépendra, par exemple : de l'âge du sujet ou de son contexte de vie.

Selon Vaillant (2000) l'utilisation des mécanismes de défense altère pour une large part de manière involontaire la perception des deux réalités internes et externes. Le résultat de cette distorsion mentale de la réalité est de diminuer l'anxiété et la dépression, réduisant ainsi les manifestations de la souffrance et des « dommages physiques et psychiques. On peut distinguer des défenses « matures » (p. ex., sublimation, humour, altruisme, anticipation) et des défenses « immatures » (p. ex., projection, passage à l'acte, comportement passif agressif). Les secondes sont surtout utilisées par les individus jeunes, alors que les premières sont associées à un bon état

de santé mentale chez les sujets plus âgés. Ainsi, au cours du développement, les personnes ont tendance à abandonner les défenses immatures au profit des défenses plus matures (mais il peut y avoir coexistence des deux registres chez un même sujet).

- **Analyse du fonctionnement psychique de la résilience**

L'analyse du fonctionnement psychique de la résilience se décompose en deux phases :

- Confrontation au trauma et résistance à la désorganisation psychique. Cette première phase est caractérisée par le recours à des mécanismes défensifs « d'urgence », pour se protéger de l'effraction psychique. Par exemple : déni, projection, imaginaire, répression des affects, passage à l'acte, comportement passif/agressif...). Intégration du choc et réparation
- La deuxième phase suppose l'abandon de certaines défenses d'urgence (ex. : déni, projection) pour privilégier des ressources défensives plus matures, plus souples et plus adaptées à long terme. Par exemple : créativité, humour, intellectualisation, altruisme, sublimation.

Par ailleurs, le fonctionnement psychique de la résilience passe par le processus de mentalisation, qui fait appel aux représentations psychiques et à la symbolisation des affects. La mentalisation permettant de mettre en pensée les excitations internes. Autrement dit, il s'agit de conférer un sens à la blessure. Cette phase d'élaboration, qui passe par la mise en sens du vécu traumatique et le processus d'historicisation, peut donner lieu (éventuellement bien des années plus tard) aux récits de vie selon Anaut (2002) ou se traduit par la créativité.

D'autre part, on ne peut pas dire véritablement qu'il existe des défenses résilientes, au sens de défenses spécifiques des sujets dits résilients, car tout le registre défensif dont disposent les individus en général peut être mis à contribution dans le processus de résilience. Cependant, on peut repérer des mécanismes défensifs qui semblent favoriser le processus résilient et/ou sont souvent présents dans les observations, tels que : le recours à l'imaginaire ; l'humour ; le clivage ; le déni ; l'intellectualisation.

Pour conclure cette rubrique sur le fonctionnement de la résilience, il est à souligner qu'elle n'est pas acquise une fois pour toutes, mais en constant développement. Ainsi, un sujet réputé résilient peut rencontrer des ruptures ou failles de résilience lors d'une accumulation de stress ou de traumatismes. Par ailleurs, le processus de résilience souvent évoqué chez les enfants

ou à partir de l'enfance semble pouvoir apparaître à différentes étapes de la vie. Ainsi, on observe l'émergence du processus résilient à tout âge (y compris dans la vieillesse) (Anaut , 2014).

- **Résilience et pratiques cliniques**

On peut souligner l'intérêt de ce modèle sur les terrains de pratiques cliniques divers : psychologiques, éducatifs, de soins (psychique et somatique). Dans les pratiques de soin, le modèle de la résilience complète l'approche classique de la vulnérabilité, des facteurs de risque et de la psychopathologie. En effet, la résilience élargit les perspectives des pratiques cliniques en complétant la prise en compte des « caractéristiques pathogènes » par celle des « caractéristiques salutogènes ».

- **Accompagnements de la résilience**

Les programmes d'accompagnement de la résilience peuvent tenter de stimuler ou développer des modes de protection en s'appuyant sur des caractéristiques individuelles déjà existantes ou à développer chez un sujet. Comme par exemple : l'efficacité intellectuelle ; l'autonomie et l'efficacité dans ses rapports à l'environnement ; le sentiment de sa propre valeur; les capacités d'adaptation relationnelles et d'empathie ; l'anticipation et la planification; le sens de l'humour.

Les objectifs des prises en charge peuvent notamment tenter de travailler sur des paramètres tels que : l'estime de soi, la confiance, l'optimisme, le sentiment d'espoir, la sociabilité. Ou encore, l'autonomie et l'indépendance, l'endurance, la capacité à combattre les stress. Il peut s'agir d'accompagner l'émergence des attitudes positives pour faire face à des problèmes, les résoudre, prévoir leurs conséquences...

Du point de vue psychothérapique, le travail peut se centrer sur l'élaboration de la culpabilité et de la honte, notamment par exemple pour les victimes de violences, d'agressions, d'accidents traumatiques, de catastrophes...

- **Variabilité des formes de résilience**

Les formes de la résilience peuvent être diverses, parfois non académiques, par exemple: certaines formes de délinquance chez les enfants des rues. L'insertion sociale présentée souvent comme un critère de résilience ne prévaut pas ici. Les formes de résilience marginales font

problème pour les personnes concernées comme pour celles qui tentent de leur venir en aide (intervenants socio-éducatifs...).

Les relations familiales peuvent avoir un rôle protecteur. Ainsi, en est-il du rôle de pare-excitation parental qui contribue à protéger l'enfant face aux excitations externes, et en quelque sorte filtre les stress et les traumatismes. A contrario, les pathologies des liens familiaux peuvent constituer des contextes traumatogènes pour l'enfant, p. ex. Maltraitements physiques et abus ; maltraitements psychologiques (négligence ou rejet parental) ; ou encore l'exposition de l'enfant à des situations non gérables pour lui. C'est le cas des enfants dits parentalisés ou adultifiés, p. ex. Certains enfants ayant des parents malades mentaux ou des parents fortement défaillants du point de vue social... Ainsi, la famille peut protéger ou devenir traumatogène.

Plus généralement, dans bien des cas, une même variable peut soit contribuer au risque soit participer à la protection, en fonction du degré (intensité) ; en fonction du contexte (adaptée ou inadaptée à la situation...), en fonction de l'interaction avec d'autres variables. Aussi, on peut penser qu'il conviendrait, comme le préconise Michael (1990), de considérer les « processus » ou « mécanismes » de risque ou de vulnérabilité. Il faudrait donc analyser les processus de protection plutôt que de prendre en compte isolément des « facteurs de risque » et des « facteurs de protection ».

Parmi les processus, on peut distinguer différents types de protection. Par exemple, ceux qui réduisent l'impact du risque (agissent sur le risque lui-même ou réduisent son influence) ; ceux qui réduisent la probabilité des effets négatifs en chaîne dérivant de l'exposition au risque ; ceux qui stimulent l'estime de soi et la conscience de l'efficacité à travers des expériences de relations valorisantes et sécurisantes (soutien social, amical, familial). Il s'agit notamment des expériences de réussites ou de succès de différentes natures... Et enfin, les processus de protection qui ouvrent vers l'avenir en augmentant les opportunités d'actions et de projets.

Anaut n'est pas la seule personne à avoir développé la théorie de la résilience. Plusieurs autres auteurs ont contribué à la théorisation de ce concept ; parmi ces auteurs, nous pouvons citer, Boris Cyrulnik, neuropsychiatre, directeur d'enseignement à l'université de Toulon et auteur de nombreux ouvrages, en particulier sur la résilience.

Après un traumatisme, ou une situation déplaisante dont la gravité est ressentie différemment selon les individus, il y a deux attitudes : on rumine, seul dans son coin, et on accroît l'impact de cet accident, l'empêchant de s'évacuer, car le souvenir se cristallise dans le cerveau. La deuxième possibilité est d'en parler ou de le sublimer, en le mettant en scène. Cette

capacité adaptative impacte positivement le reste de la vie et permet de ne plus se soumettre à l'impact que peut avoir un traumatisme sur notre propre fonctionnement, en atténuant la douleur psychique. C'est le principe de résilience.

La résilience pour Cyrulnik (2001) consiste donc à continuer à se développer après un traumatisme, mais différemment. Pour lui, la poursuite de l'évolution ne sera néanmoins pas dans l'exact prolongement d'avant l'atteinte traumatique. Pour mieux comprendre la résilience telle que Cyrulnik la décrit nous l'illustrons avec cette métaphore : la faune et la flore sont détruites et pourtant quelques mois ou années après, la nature reprend ses droits, la végétation repousse, la faune revient, mais différemment, avec d'autres espèces. C'est tout un écosystème qui va se remettre en place. Cette nouvelle organisation n'est pas forcément plus forte que l'ancienne, ni plus fragile, elle est juste différente. Pour un être vivant, a fortiori un être humain, le mécanisme est le même et prend diverses formes.

- **Fonctionnement de la résilience selon Cyrulnik**

En effet, la résilience n'efface rien, elle permet de supporter et de continuer. C'est pour empêcher les ruminations de leur cerveau que ces personnes blessées prennent de la distance par rapport à la situation aversive. Pour cela, certains tiercéisent, c'est-à-dire éloignent de l'émotion via un support externe d'expression (tiercéiser signifiant introduire un troisième élément dans une relation pour faire le lien entre les deux autres). On retrouve même des enfants privés d'amour qui entendent des voix, se créent des amis imaginaires, surinvestissent la relation avec un animal, tant le besoin d'altérité est grand. En se libérant de leur secret, ils transforment leur blessure en œuvre d'art. Ce qu'ils veulent avant tout c'est devenir l'auteur de leur destin. Ce sont des décideurs parce qu'ils n'ont rien décidé de leur enfance.

Dans notre cadre d'étude nous tenons à appliquer ce principe aux personnes victimes de la schizophrénie. Nous affirmons par-là que certains schizophrènes présentent des réponses adaptatives face à la schizophrénie qui les accable. Cependant la capacité de résilience de chacun est moitié innée, moitié acquise. Les déterminants et les facteurs de résilience peuvent être de trois types : individuels, familiaux et sociaux. Boris Cyrulnik et Marie Anaut ont des visions convergentes au sujet de ladite résilience, tous deux concourent à l'idée selon laquelle le concept de résilience stipule que nous avons tous cette capacité à résister face aux atrocités environnementales, même celles qui se veulent les plus monstrueuses. De façon déductive, Boris

Cyrulnik nous invite donc à comprendre que les schizophrènes eux aussi disposent de cette résilience, celle qui a fait justifier partiellement le constat de notre objet d'étude, constat selon lequel en situation de prise en charge certains schizophrènes se trouvent trouves capables de surmonter l'atrocité relative à la maladie qui les accable et parviennent à remplir les différentes tâches dont ils la charge dans la société. Selon Cyrulnik, dans certaines situations les schizophrènes développent des stratégies de survie significatives. Ainsi pour empêcher les ruminations de leur cerveau que ces personnes prennent de la distance par rapport à la situation aversive.

- **Résilience en clinique**

Dans l'exercice quotidien du soignant, ce concept de résilience est important à connaître, car il enrichit la clinique en proposant des perspectives dans la compréhension de la souffrance et la prise en charge des patients. Lorsque l'on sait que le simple fait d'entendre parler d'un problème aide à prendre de la distance et à l'évacuer (c'est le rôle de la psychanalyse), il est plus aisé de comprendre l'importance de l'accompagnement des patients au travers de leur parcours. Ce peut être une personne atteinte de maladie chronique ou de maladie rare, une victime de schizophrénie, des parents qui ont perdu un enfant, une personne en situation de grande précarité. Ainsi, donner une carte de visite avec un numéro de téléphone, offrir un café, une couverture ou juste un espace d'écoute peut suffire pour permettre à la personne d'entamer un processus de réparation. A l'inverse, l'isolement et la rumination ne permettront pas à une personne de sortir de cette dynamique de destruction interne.

Parlant des schizophrènes, ceux qui semblent tenir le coup et montrent ensuite des signes encourageants de guérison et d'adaptation souvent surprenants. Cette perspective offre aux cliniciens et aux thérapeutes de nouvelles ouvertures en termes de diagnostic de pronostic et de prise en charge.

Le rôle principal des professionnels qui soutiennent ces schizophrènes dans une démarche de soins, est de les aider à chercher du sens et à élaborer une signification à la fois parlante et libératrice de leur propre trouble. Le passage de la schizophrénie à la mise en place du processus résilient se façonne à partir des différents appuis que le patient aura réussi à tisser autour de lui, et surtout de sa capacité à se faire accepter et comprendre. Parce qu'elle perturbe son potentiel et son énergie intrapsychique, et épuise ses ressources psychologiques, plus encore

l'apparition des comorbidités chez le patient face à cette rude épreuve. Ces situations peuvent avoir un effet sidérant sur les pulsions de vie du patient. Afin de survivre, la victime mobilise des mécanismes de défense qui encombrant l'expression de sa personnalité ou enrayent son développement.

Pour conclure, le principe de résilience n'est pas un effacement du traumatisme mais une attitude de protection, une façon de mettre ses effets dévastateurs à distance pour continuer à vivre. La présence d'un réseau extérieur soutenant est indispensable et les soignants ont un rôle prépondérant dans cette reconstruction.

3.2 Théorie de la personnalité

La psychologie élabore des modèles pour appréhender les conduites humaines, la personnalité en fait partie (Hansenne, 2019). La notion de personnalité souligne donc qu'il existe des différences individuelles dans la manière de se comporter qui ont conduit au développement de la psychologie différentielle et à la formulation des différentes théories de la personnalité. Parmi ces théories nous avons celle de Cattell, Galien, Eysenk Rogers et plusieurs autres. Nous concentrerons nos efforts sur la personnalité telle qu'abordée par Rogers car elle cadre avec les objectifs visés dans cette recherche.

Rogers (1959) souligne la tendance de la réalisation de soi dans la formation du concept de personnalité. Selon Rogers le potentiel de l'individu humain est unique et se développe de manière unique en fonction de la personnalité de chacun. Cette logique s'actualise dans la psychologie humaniste où le rôle actif de l'individu se plonge dans sa formation interne et externe. Rogers a avancé dans ce domaine en soulignant que les êtres humains sont actifs et créatifs, ils vivent dans le monde présent en répondant de manière subjective aux perceptions en cours. Rogers (1959) a inventé le terme « tendance à mettre à jour » qui fait référence à l'instinct de base selon lequel les individus doivent atteindre leur capacité maximale. Le rôle des conseils et des thérapies centrées sur la personne et à des recherches scientifiques constituent aussi des éléments du fondement de la personnalité de Rogers.

La mise à jour selon Rogers est l'effet pour l'organisme à une tendance et un effort élémentaire pour mettre à jour, se maintenir et enrichir l'expérience de l'organisme lui-même. Rogers (1959) soutient l'idée selon laquelle nous nous comportons comme nous le faisons en

raison de notre perception et de notre situation « puisque personne ne sait comment nous percevons, nous sommes les plus experts de nous-même ». Carl Rogers croyait que les êtres humains avaient un motif fondamental à savoir la tendance à réalisation de soi. En tant que fleur qui pousse et atteint son plein potentiel si les conditions permettent. Les gens s'épanouissent et atteignent leur plein potentiel si les conditions qui les entourent sont suffisamment bonnes. Cependant le potentiel de l'individu est unique et nous sommes destinés à nous développer différemment en fonction de notre personnalité. Plus loin il est admirable de lire Rogers lorsqu'il pense que le principal facteur déterminant de savoir si nous allons devenir des personnes à jour ou nos expériences d'enfance le sont. Rogers insinue par la suite que toute personne en contact avec la réalité, est en contact avec « l'ici et le maintenant » et ses expériences sont subjectives. Une personne pour pouvoir faire montre des différences adaptatives dans la société doit être fonctionnelle, il décrit par cinq caractéristiques déterminant la fonctionnalité de l'individu. Ces caractéristiques sont :

- **Ouverture à l'expérience**

Ici l'individu accepte les émotions positives et négatives. Il ne réfute pas ses émotions négatives, mais les analyse et les accepte telle qu'elles sont. En effet si une personne ne peut s'ouvrir à ses propres sentiments elle ne peut pas s'ouvrir à l'actualisation de soi.

- **La vie existentielle**

Cela consiste à être en contact avec différentes expériences telles qu'elles se produisent dans la vie en évitant les préjugés et les idées préconçues. Pour ce fait il faut vivre et aimer pleinement le présent, sans toujours regarder vers le passé ou le futur puisque le premier est parti et le dernier n'existe pas. Cela ne signifie pas que nous ne devons pas tirer des leçons de ce qui nous est arrivé antérieurement ou que nous ne devons pas envisager l'avenir. Tout simplement nous devons reconnaître que le présent est ce que nous avons.

- **La confiance dans notre corps.**

On se doit de faire attention et confiance aux sentiments aux instincts et aux actions viscérales. Nous devons nous faire ce que nous nous croyons juste et cela se produit naturellement. Rogers fait référence à la confiance que nous devons avoir en nous même, indispensable pour être au courant de la réalisation de soi.

- **Créativité**

La pensée créative et la prise de risque sont des caractéristiques de la vie des gens. Cela inclut la capacité de s'ajuster et de changer de nouvelles expériences. La créativité s'exprime dans l'art les sciences, à travers l'amour des parents ou tout simple à faire les choses de la meilleure des façons.

- **Liberté expérientielle**

Ici les personnes sont satisfaites de leur vie car elles ressentent avec un véritable sentiment de liberté. Rogers affirme que la personne qui travaille pleinement reconnaît le libre arbitre dans ses actions et assume les responsabilités des possibilités qui lui sont offertes. Ces personnes ont la capacité de réaliser des grandes choses.

Ces différentes caractéristiques ont permis à Rogers de formuler le développement de la personnalité que nous allons présenter dans le paragraphe suivant.

• **Le développement de la personnalité selon Carl Rogers**

Pour Rogers (1951) toutes les personnes font de la recherche de l'équilibre leur but principal et sur ce dans trois domaines de leur vie. Cet équilibre est atteint avec la réalisation de soi. Ces trois domaines sont l'estime de soi, l'image de soi et du moi idéal. Dans un paragraphe hautement éloquent il affirme : « je pense que la bonne vie n'est pas un état fixe. Ce n'est pas de mon point de vue, un état de vertu, ou de satisfaction, de nirvana ou de bonheur. Ce n'est pas une condition dans laquelle l'individu est ajusté ou mis à jour. La bonne vie est un processus et non un état. C'est une adresse pas une destination. L'adresse est celle qui a été choisie par tout le corps, celle dans laquelle il y'a une liberté psychologique pour se déplacer dans n'importe quelle direction. » Ceci revient à dire que le thérapeute se doit de promouvoir la transformation d'une vision congruente, en ajustant la perception de l'image de soi et de l'estime de soi de la personnalité, un égo idéal et plus réaliste pour qu'il puisse être réalisé plus facilement.

Le de réalisation de soi conduit à chevauchement croissant entre ces domaines et contribue à la satisfaction de la personne dans la vie. Selon le schéma de Carl Rogers, l'homme se réalise lorsqu'il est en équilibre avec le monde extérieur et avec lui-même. Il insiste sur le fait que la personnalité de chaque individu est unique, il y'a très peu de personnalité faite avec le même modèle.

Nous pouvons donc conclure que la littérature sur la personnalité et sur la résilience du schizophrène est très riche. En effet la résilience est telle que Anaut (2005) la conçoit est un

phénomène présent chez tous les individus ; c'est elle qui les permet de bondir et de résister face aux difficultés. Au cours des prochains chapitres, nous allons voir comment ce phénomène prend place chez les schizophrènes et leur donne de surmonter les comorbidités qui les accablent. Cependant nous éprouverons un grand plaisir à insister que la gestion des comorbidités varie en fonction de la personnalité du sujet tel que nous informe la théorie de la personnalité selon Carles Rogers.

3.3 Théorie de la mentalisation selon Marty

La théorisation du concept de mentalisation est d'actualité dans le domaine de la psychologie, désormais il trouve place dans toutes les activités psychologiques et notamment en situation de prise de charge. En psychothérapie, une des choses frustrantes et difficiles est d'avoir à faire à un patient qui reste très naïf, concret, et se contente de relater les faits extérieurs sans leur attribuer de sens, qui n'évoque pas son vécu par rapport à ces faits... en un mot, n'en « fait » rien et pour ainsi dire ne mentalise pas et par conséquent ne facilite pas l'accès à son appareil psychique. D'où la pressante nécessité de s'intéresser davantage sur le concept de mentalisation. Marty (1991) la définit en les termes suivants : « La mentalisation s'intéresse à des dimensions de l'appareil mental en ce qui concernent la quantité et la qualité des représentations d'un individu ». Des années après, cette définition n'est pas rejetée dans le jardin de la psychologie mais elle devient plus élaborée. Howkes (2010) trouve juste de donner une compréhension plus élargie à la définition de ce concept de mentalisation en passant par l'explication du mot mentaliser. Pour ainsi dire il affirme que « penser en termes psycho-une en connexion avec ses émotions. La pensée sur soi-même, sur les autres et sur la vie, se promène, se construit, se déconstruit, symbolise, fait des ponts et des associations, fabrique des projets, fantasmes et rêves, le tout en lien avec la vie affective ». Il rejoint ainsi l'idée de la mentalisation selon Rossouw et Fonagy (2012) quand ils pensent que la mentalisation comprend la capacité à interpréter et à comprendre les causes psychologiques de son comportement et celui des autres, en termes d'intentions sous-jacentes et d'états mentaux, tels que les pensées, les sentiments, les souhaits et les intentions. La mentalisation se trouve donc au centre de notre vie. A cet effet Marty (1991) affirme que « les évènements qui se présentent à nous plus ou moins importants dans leur apparence, touchent notre affectivité et déclenchent ces excitations qu'il convient de décharger ou d'écouler » ainsi le moindre stimulus suscite forcément une capacité de mentalisation celle-ci peut évidemment être en quantité ou en qualité. Elle est utilisée pour

comprendre les comportements et les réactions des autres (ainsi que les nôtres) en termes d'intentions et d'états mentaux, tels que pensées, sentiments, souhaits et intentions. Toutefois elle part des représentations qu'on se fait.

- Organisation progressive des représentations selon (Marty 1991)
Elle consiste à évoquer les premières perceptions des éléments constitutifs de notre vie lesquels laissent des traces mnésiques. Ces perceptions sont généralement dotées d'une affectivité connectée négativement ou positivement, agréablement ou désagréablement. En se rappelant de Freud (1905) on soulignera que « le préconscient » est la cage des représentations et des liaisons qui existent entre elles. En psychanalyse la représentation des mots n'est pas forcément égale à la représentation des choses.
- Les représentations liées aux mots se produisent à partir de la perception du langage des autres depuis le plus élémentaire jusqu'au plus compliqué. Ce type de représentation quitte progressivement de la représentation des choses vers la représentation des mots (l'enfant quitte progressivement du concret vers le formel). Cette représentation naît donc de la communication que l'enfant entretient avec sa mère, puis de celle qu'il entretient avec les autres membres de la société. Si jamais la communication entre la mère et l'enfant n'est pas bonne alors celui-ci s'expose à un déficit de représentation.
- Les représentations de choses rappellent des réalités vécues d'ordre sensorio-perceptif. Elle donne lieu à des associations sensorielles et perceptives ainsi qu'à des associations de comportements. Elles peuvent être liées à des affects mais ne se prêtent pas seules à des associations d'idées et ne se montrant pas mobilisables par l'appareil psychique.

Selon Marty (1991), les représentations des mots et des choses se mettent ensemble pour former le système préconscient. C'est par ce système que les individus sentent les choses palpables et visibles avant de leur donner progressivement une valeur affective. Ces représentations peuvent être pathologiques dans la mesure où elles se limitent aux choses leur privant des valeurs affectives, symboliques et métaphoriques qu'elles avaient acquises pendant le développement.

Parlant de la qualité des représentations chez les individus, elle peut se traduire dans les rêves nocturnes à un moment donné. Ces rêves sont pour la plupart des représentations des choses quotidiennes sans écart avec la réalité des actes accomplis ou à accomplir. Ils ne donnent guère lieu à des associations d'idées. Par contre une simple

image est susceptible d'ouvrir la voie à des multiples associations d'idées chargées d'affects et de symboles se prêtant alors, au-delà de leur contenu manifeste, à la découverte de leur contenu latent, de leur signification réelle.

S'agissant de la quantité de représentation, nous notons qu'elle est en rapport avec l'accumulation de ses différentes couches pendant les périodes du développement de l'individu, de la petite enfance à l'enfance. Leur qualité préconsciente réside à la fois dans la disponibilité de leur évocation, de leur liaison à d'autres représentations de la même époque ou d'époques différentes ; l'ensemble fournissant les plus riches associations.

La qualité des représentations réside aussi dans la permanence des disponibilités précédentes. Cette permanence pouvant se trouver provisoirement interrompue ou gravement compromise par des évitements ou des répressions des représentations acquises par la désorganisation du système préconscient.

- **Forme cliniques majeures des mentalisations**

En clinique la quantité et la qualité des représentations des individus varient en fonction de la personne et du moment et prennent donc des formes donc Marty (1991) les réunit en trois groupes.

A. Les représentation absentes

Celles-ci se réduisent en quantité et en qualité au point de devenir inexistante. Le sujet se trouve ainsi limité dans son aptitude à penser et n'a d'autres recours que l'action dans son comportement pour exprimer les diverses excitations exogènes et endogènes que la vie lui procure. La majorité de ces sujets présentent des insuffisances du développement du préconscient ou son désorganisation .

B. Les bonnes mentalisations

Elles se présentent lorsque les individus ont en permanence en leur disposition une grande quantité de représentations psychiques liées entre elles et enrichies pendant le développement de multiples valeurs affectives et symboliques.

C. Les mentalisations ambivalentes

Ce sont des mentalisations à double visage, tantôt « bien mentalisés », c'est-à-dire qu'on voit des individus qui paraissent riches de représentations et de pensées. Pourtant ces mêmes individus paraissent parfois « mal mentalisés », c'est-à-dire qu'ils caractérisent des représentations et des pensées marquées par une pauvreté désolante. Les variations de leur qualité et quantité de représentation est frappante. Ce qui provoque parfois une incertitude de mentalisation.

- **Rôle de la mentalisation**

La mentalisation facilite les relations et à une fonction interprétative interpersonnelle importante, car elle nous aide à comprendre les réactions des autres, ce qu'elle communique en termes de sentiments, intentions et souhaits. La mentalisation rend aussi notre environnement social plus prévisible, car elle nous aide à anticiper et à donner un sens à ce que les gens font et aux raisons de leurs réactions. La mentalisation aide également à prendre conscience de nos propres émotions et réactions et à comprendre l'impact qu'elles peuvent susciter chez les autres. Donc, lorsque nous mentalisons avec succès, nous sommes en mesure de comprendre les réactions des autres, d'examiner leurs perspectives et d'imaginer leur expérience psychologique. Nous sommes aussi conscients de nos propres réactions et comportements émotionnels et sommes capables de réguler nos affects négatifs, surtout car nous pouvons voir leurs effets sur autrui. Cette compréhension de nos propres perspectives et de celles d'autrui facilite les relations interpersonnelles au travail et au sein de nos relations intimes (conjoint, parents, enfants). Parlant de la régulation des affects, la mentalisation régule la capacité à les supporter, à les moduler, les apaiser lorsqu'ils sont trop intenses ou moins intenses, les comprendre, les exprimer judicieusement. L'ensemble donnant une "affectivité mentalisée" qui permet de contenir les émotions sans les écraser.

- **Développement de la mentalisation selon Howkes (2010)**

La capacité de mentalisation se développe dans le contexte des premières relations d'attachement au cœur desquelles le parent aide le nourrisson à développer une représentation de son propre monde interne, ce qui facilitera ensuite ses échanges avec les autres. Tout comme la foi cette mentalisation est aussi transmise culturellement à l'enfant c'est-à-dire que, pour que

l'enfant s'habitue à penser psychologiquement, il faut que la mère, ou bien le père, le fasse d'abord : ils offrent ainsi une sorte de culture familiale émotionnelle. Si les parents fonctionnent sur un mode non-mentalisateur, se contentant d'étiqueter et de prescrire les comportements alors il est fort probable que les enfants en font de même.

Outre le développement de la mentalisation est favorisé par un 'reflet d'affect marqué', qui se produit lorsque le parent reflète l'émotion ressentie par le nourrisson. Ce reflet permet alors au nourrisson de percevoir son affect représenté par le parent, facilitant ainsi le développement du Soi. Or, lorsque la qualité des soins est gravement compromise, comme par exemple dans les situations de maltraitance ou de négligence, l'adulte répond de façon inexacte ou inappropriée à l'expérience affective du nourrisson. Une telle absence ou incohérence dans le reflet des affects a pour conséquence d'entraîner, chez l'enfant ou l'adolescent, le développement d'un 'Soi étranger'. En effet, le Soi se développe alors à partir de représentations affectives hostiles et incohérentes qui n'ont pas de sens pour l'enfant. Par ailleurs, le Soi étranger est un concept-clé pour comprendre les comportements suicidaires et l'impulsion menant à l'automutilation. Lorsque les capacités de mentalisation d'un individu s'effondrent, il est probable que des modes de fonctionnement non mentalisateur prennent le dessus de son monde interne. Le Soi étranger est alors substitué aux représentations de soi, comme dans le contexte de la maltraitance ou de la négligence. Le Soi étranger peut alors devenir particulièrement persécutant pour l'individu face à la pression interne ressentie pour l'externaliser et maintenir l'équilibre psychique.

Nous devons admettre le rôle primordial de la mère dans le développement de la mentalisation de l'enfant. Celle-ci a continuellement le psychisme de l'enfant en tête, ainsi l'enfant en retrouvant dans le mental de sa mère parvient lui aussi à développer la fonction réflexive qui lui permettra de bâtir sa « théorie du psychisme » : d'attribuer une signification aux comportements des autres, leur associer des sentiments, désirs, espoirs, jeux, etc. Ce qui par répercussion lui permet peu à peu de donner sens à son propre vécu et forge ainsi progressivement sa capacité de mentalisation.

Par ailleurs l'adulte constitue également une base dans le développement de la mentalisation de l'enfant. Il correspond assez bien le contact avec les différents aspects de l'ici et maintenant, qu'il s'agisse de l'environnement ou du vécu intérieur. Il n'y a donc pas

méconnaissance de l'impact sur soi, de la signification ou de l'importance des situations. Cet adulte coupé des affects s'avère utile, voire nécessaire : un chirurgien, qui s'apprête à ouvrir le corps d'un être humain, choisit comme stratégie de ne pas mentaliser à ce sujet. Sa pensée dénuée d'affects l'aidera à prendre des décisions rationnelles.

Plusieurs autres variables peuvent être incluses dans le développement de la mentalisation parmi lesquelles la personne et la société toute entière. Toutefois la mentalisation en elle-même se forge sur la fluidité des états du moi et la prise de conscience du dialogue interne. Etant conscient de tout cela, les spécialistes de la psychologie ont mis sur pied un ensemble de jeux, de scénarios et de techniques visant à favoriser le développement de la mentalisation chez un individu pour faire de lui une personne hautement intègre sur le plan mental. Cependant le développement de la mentalisation chez un individu n'est pas synonyme d'élaboration d'un demi dieu capable de gérer toutes les situations de cette vie. Voilà pourquoi Howkes (2010) fait cet excellent recadrage en les termes suivants « en la matière, comme dans tous les domaines, il n'existe pas d'idéal. Le but n'est pas de créer un être parfaitement équilibré, capable de réagir en toutes circonstances avec juste la bonne mentalisation, un être qui n'aurait jamais besoin d'aide par un médicament ou de l'alcool, un être qui ne déchargerait jamais son trop-plein d'émotion sur l'entourage : jamais aucun jeu psychologique ! Mais bien plutôt, que chacun dispose de la possibilité de gérer au mieux pour lui les situations avec ses propres ressources, avec l'aide des autres, et si besoin par moment, avec une béquille. »

Suite à ce qui précède, nous pouvons donc conclure que la littérature au sujet de la résilience chez les schizophrènes est très riche et dense. L'on ne saurait se limiter aux facteurs de la résilience d'Anaut (2005) pour assister à la gestion totale des comorbidités chez les schizophrènes. A côté de ces facteurs il également prendre en compte la personnalité du sujet, sa capacité de mentalisation et le dynamisme de sa famille.

CHAPITRE IV : METHODOLOGIE

Etant comprise comme un ensemble de « procédés et de techniques mis ensemble pour répondre à une question de recherche, tester les hypothèses et rendre compte des résultats » (Fonkeng & al. 2014), la méthodologie est l'élément qui sous-tend une étude dite scientifique. Elle permet à cet effet de mettre la rationalité au service du réel (observation suivit d'une déduction ou d'une induction). Dans le cadre de cette recherche, son usage nous permettra de présenter et de justifier le choix de notre site de l'étude, de la population, de l'échantillon et de l'échantillonnage, de la méthode (clinique pour le cas échéant) et les outils de collecte des données, ainsi que la technique d'analyse et de la présentation des résultats obtenus. Ceci dans le seul souci de rendre communicable les résultats obtenus à l'issue de ladite recherche suivant Vial (1998). Mais avant de développer cet ensemble procédural, il convient pour nous de faire un bref rappel des éléments fondamentaux de la problématique.

4.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF D'ETUDE ET DES QUESTIONS DE RECHERCHE

Dans cette partie, nous allons faire un bref rappel de l'objet d'étude, de la question de recherche et des questions secondaire. Car les éléments théoriques et littéraires qui sont désormais à notre disposition nous donne d'aborder ces derniers.

4.1.1 Rappel de l'objectif d'étude

Précédemment, l'objectif général de cette étude a été formulé comme suit : « Analyser comment la capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la réduction des comorbidités de ces derniers. ».

4.1.2 Rappel de la question de recherche

Comme présenté, nous avons deux formes de questions de recherche : la question principale de recherche et les questions secondaires.

- Question principale de recherche :

En tant que question qui guide la recherche, elle est encore l'interrogation qui va tenter d'élucider la recherche tout au long de son déroulement. Dans le cas échéant, elle est la suivante : « comment La capacité de résilience des schizophrènes favorise-t-elle la réduction des comorbidités de ces derniers ? »

- Questions secondaires de recherche

Comment les tuteurs de la résilience contribuent-ils à la réduction des comorbidités psychopathologiques schizophréniques ?

Comment les fonctions de la personnalité contribuent-elle à la gestion des comorbidités des schizophrènes ?

Comment la capacité de mentalisation des schizophrènes favorise-t-elle la gestion de leurs comorbidités ?

4.1.3 Rappel de l'hypothèse de recherche

Comme nous l'avons vu plus haut, une hypothèse de recherche est une réponse provisoire à une question de recherche. Ainsi nous avons formulé la nôtre comme suit : la capacité de résilience des schizophrènes favorise la réduction des comorbidités de ces derniers. La gestion des comorbidités des schizophrènes est donc fonction de leur capacité de résilience.

Il se dégage de cette hypothèse générale deux variables à savoir une variable indépendante et une variable dépendante.

- Variable indépendante (VI) : capacité de résilience.
- Variable dépendante (VD) : réduction des comorbidités.

4.1.4 Plan factoriel de l'hypothèse générale

Après opérationnalisation de la variable indépendante de notre hypothèse générale de manière élégante pour notre étude, nous avons obtenu les modalités suivantes qui sont également les variables indépendantes de nos hypothèses de recherche. Elles constituent par ailleurs les différentes composantes de la gestion des comorbidités des schizophrènes.

VI1 : Tuteurs de la résilience

VI2 : Fonction de la personnalité

VI 3 : Capacité de mentalisation

Leur variable dépendante (VD) commune reste « la gestion des comorbidités ». Nous obtenons donc le tableau suivant :

Tableau 2 : Analyse factorielle

VI (variable indépendante)	VD (variable dépendante)	HR (hypothèse de recherche)
VI1	VD	HR1 = VI*VD
VI2	VD	HR2 =VI2*VD
VI3	VD	HR = VI3*VD

NB : c'est grâce à ce tableau que nous avons constitué nos hypothèses de recherche, par combinaison des facteurs de la manière suivante :

- HR1 : VI1* VD
- HR2 : VI2* VD
- HR3 : VI3* VD

Légende

- HR 1, 2, 3 = hypothèses de recherche N° 1, 2, 3
- VI = variable indépendante
- VD = variable dépendante
- VI 1, 2, 3, = variables indépendantes de l'hypothèse de recherche N° 1, 2, 3

4.2 SITE DE L'ETUDE

Le site de l'étude, à en croire Fonkeng & al. (2014), est un lieu géographique et socioculturel où est sensé se trouver la population auprès de qui l'étude aura lieu. Autrement dit, « le site de l'étude est le contexte spatial dans lequel se déroule la recherche (Amin, 2005).

En d'autres termes, il s'agit de l'espace qui environne la recherche et le lieu précis où se fait la collecte des données »(Cheukam, 2017).

4.2.1 Présentation du site de l'étude

- **Situation géographique de l'hôpital**

L'Hôpital Jamot de Yaoundé est situé dans la partie nord de la ville de Yaoundé ; il est encadré entre l'immeuble siège de la CRTV, la SNH, et l'entreprise Dragages. Il s'étend sur une superficie de 5,21 hectares. L'institution est construite dans un style pavillonnaire. Il a la particularité d'être une institution spécialisée dans la prise en charge des maladies respiratoires

et mentales avec depuis quelques années un développement rapide au centre de traitement agréé. (CTA) chargé du suivi des personnes vivant avec le VIH/ SIDA (PVVS).

- **Historique**

L'Hôpital Jamot de Yaoundé doit son nom au Dr Eugène Jamot, médecin militaire Français qui a vécu de 1879 à 1937, Eugène Jamot était un médecin Français qui a joué un grand rôle dans la prévention de la maladie du sommeil dans le Cameroun et d'autres pays Africains. Il est né dans le hameau de la Borie qui fait partie de la commune de saint- Sulpice- les – champs, dans le creuset département du centre de la France. Jamot a suivi une formation de médecin à l'université de Montpellier. En 1909 il s'inscrit à l'école de médecine tropicale de Marseille et un an plus tard en 1910, il est allé au Cameroun avec un groupe d'hygiène coloniale française. Ils se sont joints à des scientifiques Allemands qui avaient organisé un groupe de recherche sur la maladie du sommeil et son traitement. Jamot découvre que la mouche Tsé – Tsé est le vecteur des trypanosomes causant l'affection. En envoyant des multiples équipes d'interventions publiques de la santé dans les villages, l'équipe de Jamot a considérablement réduit l'incidence des trypanosomes et donc sa transmission au Cameroun. Plus tard Jamot a été nommé directeur de l'institut Pasteur à Brazzaville. Il est décédé le 7 avril 1937 dans le village de Sardent à l'âge de 58 ans.

L'équipe mobile de Jamot est basée dans la banlieue de Yaoundé (de l'époque) à l'emplacement actuelle du centre Jamot face MINSANTE – DPS. L'évolution des activités de ce centre notamment avec l'apparition des nouvelles pandémies vont entraîner la partition du centre Jamot en deux entités :

1– la Léproserie et ses services connexes, qui continuent d'assurer les activités de vaccinations, de suivi de personnes vivant avec la lèpre et leur famille, de suivi et de la fourniture des prothèses orthopédiques.

2– l'hôpital Jamot annexe numéro 1 de l'hôpital central de Yaoundé, qui sera chargé de la prise en charge des affections respiratoires et mentales c'est l'hôpital Jamot annexe numéro 1 de l'hôpital central de Yaoundé qui sera érigé en hôpital de deuxième catégorie – selon la classification des établissements sanitaires publics en vigueur au Cameroun – à la suite du décret numéro 89- 011 du 05 février 1989.

Comme les autres services publics hospitaliers de même catégorie il relève de l'autorité direct du ministre de la sante publique conformément au décret numéro 2013/093 du 3 avril 2013(article 131 de l'organigramme du Ministère de la sante publique) Depuis

sa création il a été tour à tour administré par :

1. Dr KESSENG MABEN G de janvier 1989 à aout 1993
2. Dr NDONGO EBANA Théophile Richard de septembre 1993 à avril 2003
3. Dr AYISSI Christophe de mai 2003 à septembre 2009
4. Dr ZOA NANGA Ive Mathieu de décembre 2009 à décembre 2015
5. Dr ZE Jean Jacques de décembre 2015 à juillet 2016
6. Dr MENDIMI NKODO Joseph Marie de juillet 2016 à nos jours.

L'hôpital Jamot de Yaoundé est en pleine mutation depuis 2004, avec une vision futuriste pluri annuelle soutenue par des actions locales concrètes et une volonté politique permettant de rêver d'un centre de référence d'ici 2025. Afin de poursuivre des efforts de gestions participative et traçage du patrimoine de l'hôpital. D'améliorer la technique communication et d'information tant des personnels que des usagers, dans l'optique de leur exploitation en que ressources nécessaires au développement de l'hôpital.

Ainsi, conformément aux exigences des services publics hospitaliers, l'hôpital Jamot de

Yaoundé pourra assurer ses multiples missions de soins, d'évaluation et d'information, de formation et de recherche, de participation aux actions de sante publique.

Missions de l'hôpital Jamot de Yaoundé

L'hôpital Jamot de Yaoundé est dans les dispositions de se conformer aux exigences de service publique hospitalier, conformément au Décret N 2013/093 DU 03 avril 2013 portant organisation du Ministère de la sante publique. Dans cette perspective et dans l'attente des textes particuliers régissant les hôpitaux centraux, et éventuellement une loi hospitalière, les missions de l'hôpital sont d'ordre stratégique et opérationnel.

Sur le plan stratégique, il s'agit de :

- Conformer la position de l'hôpital Jamot de Yaoundé comme pôle de l'excellence du domaine de la sante publique, visant une prise en charge globale des patients à travers des soins généraux et spécialises.

- Poursuivre le processus de planification hospitalière régulièrement soumis au ministère de la sante publique, depuis l'avènement du budget-programme.
- Contribuer à créer les conditions nécessaires d'une part au développement de qualité des soins, et d'autre part à l'amélioration de la motivation du personnel et du contexte de travail.
- Promouvoir un environnement propice à l'enseignement et à la formation des professionnels de la sante tout en appuyant les initiatives professionnelles et les programmes éducatifs.

Sur le plan opérationnel, l'hôpital Jamot de Yaoundé se propose de :

- Poursuivre ses efforts en vue de l'adoption systématique des pratiques managériales permettant l'adaptation de l'institution hospitalière au changement en tenant compte du contexte règlementaire et du cadre budgétaire contraignant.
- Poursuivre le processus d'amélioration de l'organisation des services, de manière à satisfaire les exigences de service public hospitalier dans ses principes d'égalité, d'accès et de traitement, d'accessibilité et de continuité. En pratique, l'amélioration de l'organisation des services vise une production de soins égaux pour tous, adaptés aux besoins des patients et à l'évolution de la médecine, assurés de jour et de nuit avec un accent particulier sur la prise en charge des urgences.
- Maintenir une gestion concertée et optimale des ressources humaines, financières, matérielles, logistiques, en tenant compte de l'environnement interne de l'institution hospitalière.

SERVICE ET PRESENTATIONS OFFERTES

L'hôpital Jamot de Yaoundé dispose de deux grands départements cliniques, un service d'accueil des urgences et des consultations externes, deux services d'aide au diagnostic, un service et trois unités d'appui technique. Les services administratifs eux se résument à la direction, l'unité administrative et financière, le conseil médical et la surveillance générale.

SERVICE MEDICO-SANITAIRES

- **LES SERVICES OFFERTS**
 - ❖ Service d'accueil des urgences et des consultations externes
 - Consultations externes

- Mise en observation
- Soins intensifs
- ❖ Service de chirurgie dentaire
- ❖ Service de psychiatrie A et B
 - Psychiatrie A
 - Psychiatrie B
 - Unité de psychologie
- ❖ Service de pneumologie A et B
 - Pneumologie A
 - Pneumologie B
- ❖ Service d'imagerie médicale
 - Unité de radiologie
 - Unité d'échographie
- ❖ Service du laboratoire
 - Unité de biochimie
 - Unité d'hématologie
 - Unité de microbiologie
 - Unité de transfusion sanguine et d'examen d'urgences
- Le service des consultations externes et des urgences

C'est la porte d'entrée des patients, où sont reçus et enregistrés les patients tout venant. Après enregistrement, les patients sont orientés en psychiatrie, soit en pneumologie, quand il ne s'agit pas de cas de médecine générale. Il compte quatre box de consultation médicale, un bureau du major, deux salles de soins, une salle de garde des médecins et une salle de garde des infirmiers. Deux salles de mise en observation avec six lits.

Dans l'ensemble, ce bâtiment relativement neuf, n'obéit pas aux normes de prévention de la contamination intra hospitalière de la tuberculose.

- **LA PNEUMOLOGIE**

La spécialité la plus importante de l'hôpital, est subdivisée en deux parties : le service de pneumologie A et le service de pneumologie B, chacune ayant à sa tête un pneumologue expérimenté. Ces services ont une activité de consultations spécialisées, d'hospitalisation et de suivi. Il s'appuie, outre sur le laboratoire et l'imagerie médicale, sur les unités de bronchofibroscopie et de kinésithérapie. L'implication de ces services est pertinente sur l'exécution du programme national de lutte contre la tuberculose qui dispose ici d'un bureau. L'activité des médecins de ce service est permanente au centre de traitement agréé (CTA) dans le cadre de prise en charge du VIH/SIDA et des comorbidités TBC/VIH.

Les services de pneumologie assurent péniblement leurs missions de recherche, de formation initiale et de spécialisation des médecins dans ce domaine, en relation avec le MINESUP.

- **LA PSYCHIATRIE**

Dans ce domaine, le Cameroun compte trois services, celui de l'hôpital LAQUINTINIE de Douala et les deux services de l'hôpital Jamot de Yaoundé. Ils disposent des consultations spécialisées, des hospitalisations et un accompagnement dans la prise en charge des toxicomanes ; il s'active pour la subdivision en unité de consultation externe, pédopsychiatrie, toxicologie et d'hospitalisations.

Jadis utilisées pour les malades violents, les cellules sont aujourd'hui inadaptées, de même que les villas à deux places.

Le service fait régulièrement face aux problèmes des malades mentaux errants, dont la priorité est socio-économique et non hospitalière. Des réflexions sont attendues pour trouver une issue favorable, permettant à ce service hospitalier de réaliser ses missions de soins, de recherche et de formation des futurs spécialistes.

SERVICE D'AIDE AU DIAGNOSTIC ET D'APPUI TECHNIQUE

- LE SERVICE D'IMAGERIE MEDICALE

Il est subdivisé en deux unités : une unité de radiologie et une unité d'échographie. Les radiographies sont numérisées et d'excellente qualité pour l'aide au diagnostic, grâce à l'interprétation par les médecins radiologues.

La radiographie constitue, la plus importante activité de ce service et bénéficie de la présence de trois salles de radiographie os-poumon, dont deux disposant de la technologie à capteur plan ; contrairement à l'échographie qui débute sa modernisation avec l'acquisition d'un échographe-doppler dans le cadre du BIP 2010.

- SERVICE DE LABORATOIRE

Logé dans le même bloc que le service d'imagerie médicale, ce service joue un rôle central dans la confirmation du diagnostic. Les différentes unités sont la bactériologie-virologie, la parasitologie, la mycologie, la biochimie. Ce service a densifié ses activités avec l'ouverture de la banque de sang en 2015 ; laquelle est devenue, en 2016, l'une des plus sollicitée de la ville Yaoundé.

- LA PHARMACIE

Elle dispose d'un magasin et de deux points de vente séparés. La gestion des stocks est informatisée, de même que la vente aux patients. Une connexion existe avec les services administratifs et financiers.

- LA MORGUE

Elle assure la conservation des restes mortuaires et est ouverte à une forte demande extérieure à l'hôpital. La capacité d'accueil est de 40 places. La gestion est assistée par l'outil informatique, en connexion avec les services administratifs et financiers.

Malgré les aménagements réalisés en 2010, cette morgue pose un problème crucial par sa position juste à l'entrée de l'hôpital. Problème en voie de résolution avec l'achèvement de la phase 1 (gros œuvre) de la construction de la nouvelle morgue moderne à l'arrière de l'hôpital avec un accès en cours de négociation avec les riverains par Dragages.

- **LA BRONCHO FIBROSCOPIE**

Elle participe à l'appui au diagnostic et contribue à la réalisation des actes curatifs.

- **LA STOMATOLOGIE**

Elle offre des soins dentaires, mais reste très effacée sur le plan de la rentabilité, malgré la disponibilité des équipements acceptables.

- **LA KINESITHERAPIE**

Elle offre des soins de rééducation respiratoire en priorité, sur la demande du service de pneumologie. La rééducation post-traumatique est également possible, mais peu utilisée.

- **L'UNITE D'HOTELLERIE**

Elle offre des repas aux personnels d'astreintes et aux malades du haut standing dans le cadre d'un contrat de présentations. Néanmoins, les autres malades hospitalisés peuvent y avoir accès, de même que les personnels, hors périodes d'astreintes, en activité libre et personnelle.

- **LE PARC AUTOMOBILE**

L'hôpital Jamot de Yaoundé ne dispose d'aucun véhicule ambulance.

LA CAPACITE D'ACCUEIL

La capacité d'accueil de l'hôpital Jamot est de 325 lits, dont 70% en pneumologie. Ces lits sont repartis dans 104 salles et chambres ayant un nombre de lits variable entre 1 et 22 lits.

Tableau 3 : Installation de l'hôpital Jamot

Lits des urgences	6
Lits des soins intensifs	6
Nombre total de lits de courte durée	12
Lits de longue durée	228
Lits de psychiatrie	63
Nombre total de lits de longue durée	291
Total des lits	303
Lits de haut standing 'Dr AYISSI'	22

RESSOURCES HUMAINES

Pneumologue	5
Psychiatre	2
Radiologue	2
Chirurgien-dentiste	1
Biologiste	1
Pharmacien(ne)	1
Généraliste	6
Résidents	10
Nombre total de personnel médical	28
Technicien supérieur en soins infirmiers	2
Ingénieur biomédical	1
Ingénieur du génie médico-sanitaire	5
Infirmier diplômé d'état	73
Technicien médico-sanitaire	42
Technicien du génie sanitaire	2
Infirmier breveté	11

Aide-soignant(e)	31
Nombre total de personnel médicosanitaire	167
Total personnel soignant	195
Nombre total de personnel administratif	67

4.3 PROCÉDURE ET CRITÈRE DE SÉLECTIONS DES PARTICIPANTS

Nous travaillons avec les personnes victimes de schizophrénie résidant dans la ville de Yaoundé. Cependant, toutes ces personnes ne sauraient prendre part à l'étude car prendre part implique une prise en compte d'un certain nombre de conditions. Dans cet engrenage il nous semble nécessaire de définir des critères de sélection.

4.3.1 Critères de sélection

Ici, il est important de noter qu'il est question des critères d'inclusion et ceux dit d'exclusion.

4.3.1.1 Critères d'inclusion

Sont concernés par cette étude les individus ayant ces critères, du premier au dernier :

- Toute personne des deux sexes sans distinction d'obédience religieuse, de groupe ethnique, de profession, de statut matrimonial, d'âge de niveau intellectuel.
- Toute personne ayant été diagnostiquée schizophrène.
- Toute personne ayant un score significatif à l'échelle de résilience
- Toute personne ayant pour comorbidités schizophréniques le TOC et ou les addictions aux drogues.
- Toute personne disposée à participer.
- Toute personne ayant donné consentement libre et éclairé.

4.3.1.2 Critères d'exclusion

Dans le cadre de notre étude, certaines personnes remplissent les critères de sélection suscités. Les personnes n'ayant pas voulu signer la fiche de consentement libre et éclairé ; n'ayant pas accepté que l'on enregistre leur entretien n'ont pas été retenues pour la collecte de nos données.

4.3.2 Echelles / Questionnaire de sélection

- ❖ L'échelle de résilience permet d'évaluer les facteurs de protection concourant à la résilience. Elle a été conçue pour répondre à l'évaluation des variables individuelles. Cette échelle a été développée à partir des écrits sur des caractéristiques personnelles relevées par les recherches s'y intéressant. Une fois les caractéristiques relevées, les auteurs ont élaboré les 25 énoncés qui constituent cette échelle. Cette échelle a été utilisée à deux niveaux dans cette recherche ; à l'arrivée des patients lorsqu'ils retournent à l'hôpital et au moment où ils mettent en place le processus de gestion des comorbidités.
- ❖ Le DAST-20 : C'est un test qui donne les informations sur le potentiel de consommation de drogue et d'alcool pendant une période déterminée. Il faut répondre aux différentes questions par oui ou par non. La somme des réponses permet de déterminer si vous avez des addictions aux drogues ou pas. Nous l'avons également administré à deux niveaux ; à l'arrivée des patients et après que le processus de résilience fut mis sur pied (les résultats de ce test seront présentés au chapitre 5).
- ❖ L'échelle d'obsession compulsif de Yale Brown est un test qui présente sous forme d'entretien qui permet d'obtenir une mesure de la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs. Nous l'avons aussi administré à deux niveaux ; à l'arrivée des patients et après que le processus de résilience fut mis sur pied

4.3.3 Recrutement des participants

Le choix des participants ou participantes de cette étude à respecter les procédures suivantes : Tout d'abord nous avons passé les tests à une dizaine de schizophrènes apparemment bien-portant que nous avons rencontré à Jamot et d'autres chez eux. Après ce travail préliminaire nous avons eu quatre personnes ayant des scores élevés aux tests. Parmi ces sujets (répondants), nous avons retenu les deux cas qui se sont montrés plus disponible et disposé à

passer les entretiens. La section suivante est une brève présentation des caractères des participants qui ont été retenus.

Après avoir passé nos échelles de sélection nous avons lu et fait signer aux répondants une fiche de consentement libre et éclairée qui est consignée en annexe. Pour parvenir à l'entretien, nous avons tout d'abord établi une relation de confiance avec eux. Une fois la situation d'entretien en place et que les participants ont été rassurés du fait que les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherche et ce dans l'anonymat, nous avons procédé aux entretiens qui se sont déroulés en moyenne pendant 30 à 35min.

4.3.4 Caractéristiques des participants

Pour des raisons d'anonymat, nous avons donné les noms de Pasta et Ndzeutuna à nos sujets afin de garder leur identité secrète

Participants	Pasta	Ndzeutuna
Age	33ans	25ans
Genre	Masculin	Masculin
Rang dans la fratrie	1 ^{er} dans une fratrie de 5	2 ^{ème} dans une fratrie de 5
Religion	Chrétien	Chrétien
Score au yale	34	4
Score au dast-20	3	16
Groupe ethnique	Bamiléké	Bamiléké
Statut matrimonial	Célibataire	Célibataire
Profession	Vendeur de provende	Débrouillard
Type de famille	Polygamie	Monogamie
Niveau d'instruction	Bacc + 3	BPC
Score à l'échelle de résilience	7	6

Nous rappelons que ces données ont été prises au moment même où nos participants sont retournés à l'hôpital suite aux comorbidités dont ils faisaient face.

4.4 TYPES DE RECHERCHE

Nous nous penchons vers une recherche qualitative qui « produit et analyse des données qualitatives telles que les paroles écrites ou dites et les comportements observatoire des personnes » (Konfo ,2018). Le fait que celle-ci soit intéressée par le sens et l'observation d'un phénomène social en milieu naturel fait d'elle la voie royale pour l'atteinte de notre objectif de recherche. En effet, en s'appuyant sur Fortin (2005), nous voyons que les études qualitatives sont plus aptes lorsqu'on veut décrire un phénomène, le définir et l'explorer en profondeur. De façon simple, elle permet de rechercher le sens et les finalités de l'action humaine et des phénomènes sociaux.

En partant de notre question de recherche qui vise à comprendre comment la capacité de résilience contribue à la gestion des comorbidités chez les schizophrènes. Notre étude s'inscrit ainsi dans la saisie d'un phénomène précis, d'où le recours à la méthode qualitative. De façon spécifique, selon Fernandez et Pedinielli (2006) repris par Cheukam (2017), on regroupe quatre types de recherche en psychologie clinique : la recherche en clinique qui est objectivante et quantitative, la recherche clinique qui est non-objectivante et qualitative, la recherche action en psychologie clinique et la recherche évaluative. C'est ainsi que notre étude s'inscrit dans la recherche action, qui est non-objectivante et fait appel à la méthode qualitative.

Ce type de recherche permet d'appréhender les faits dans leur globalité, singularité et leur complexité et de proposer une solution. Pour reprendre Fernandez et Pedinielli, (2006) son objectif est de comprendre les processus à l'œuvre dans un fait et de formuler des significations. Se faisant, elle se fonde au plan méthodologique, sur la méthode clinique et spécifiquement sur des études de cas comme source de connaissance du réel et par ricochet du fonctionnement psychique

4.5 MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE

A en croire Campenhoudt, Marquet et Quivy (2017), « dès lors que l'on prétend s'engager dans une recherche en sciences sociales, il faut « de la méthode » ». Ainsi, cette méthode dite de recherche apparaît comme une mise en forme particulière d'une démarche. Elle est donc liée à une démarche particulière telle que le souligne Nguimfack (2008). Dans le cadre de notre étude, nous avons opté pour la méthode clinique. En effet, l'intérêt accordé ici à la

méthode clinique, tient donc surtout au but (finalité) visé : appréhender la personnalité du sujet et l'influence de la capacité de résilience de ce dernier sur la prise en charge des comorbidités.

Nous avons porté à cet effet notre choix spécifiquement sur la méthode d'étude de cas

4.5.1 Etude de cas

L'étude de cas dans cette étude va nous permettre de mettre en évidence comment la capacité de résilience de certains schizophrènes au cours d'une prise en charge leur permet de gérer les comorbidités qui les accablent.

Comme le dit Yin cité Collecte (1997) l'étude de cas est appropriée lorsqu'on s'intéresse à la prise en charge individuelle. Comme nous l'apprend Nguimfack (2008), la méthode d'étude de cas utilise les données qui proviennent de différentes sources : entretien, examens psychologiques et / ou médicaux, test, observation, enregistrement vidéo et / ou audio, témoignages d'autres personnes, documents. De façon plus précise, si l'on s'appuie sur Gagnon (2012) l'on peut voir que l'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, individuels ou collectifs. Etant donné son caractère facilitateur à la compréhension profonde des phénomènes, des processus les composants et des personnes y prenant part et sa convenance pour la construction de théories, l'étude de cas est de mise pour l'atteinte de l'objectif formulé à l'entame de cette étude.

Pour le cas échéant, la méthode d'étude de cas se justifie par les avantages qu'elle nous offre. Son choix nous permet d'illustrer notre hypothèse et d'établir sa pertinence et non de la prouver ou de la démontrer, en ce sens qu'elle facilite la description aisée de la ou des relations possibles entre les différentes « variables » ou faits observés.

Toutefois, bien que la méthode d'étude de cas soit souvent présentée comme la méthode par excellence de la psychologie clinique aussi bien sur son versant recherche que celui de la pratique, elle présente quelques limites. Car le caractère dense des informations qu'elle produit peut rendre difficile leur analyse. C'est la raison pour laquelle, afin de contourner ce problème, nous avons construit un guide d'entretien (voir technique et outil de collecte des données) qui nous permettra de ne recueillir que les informations utiles et ce en relation avec notre objectif d'étude pour autant qu'il permet d'obtenir des informations moyennant un degré de liberté contrôlé du participant par le chercheur (d'où le recours à l'entretien semi directif).

4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN

Nous avons fait recours à l'entretien clinique à visée de recherche, dans sa variante semi-structuré en qualité de technique de collecte des données. Ce type d'entretien se pratique le plus souvent au moyen d'un guide d'entretien, qui lui sert d'outil de collecte de données. Nous allons donc présenter cette technique et cet outil.

4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif

L'usage de l'entretien semi-directif se présente ici comme instrument de recherche consiste en une technique très adapté à notre recherche ; le plus souvent, « élabore pour répondre aux besoins spécifiques de sa recherche en termes d'informations dont le traitement conduira aux objectifs qu'il s'est fixé » Aktouf (1987). L'entretien ou interview est dans les sciences sociales, le type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie, pour reprendre Loubet (2000). En effet, sous leurs différentes formes, les méthodes d'entretien se distinguent par la mise en œuvre de processus spécifiques de communication et d'interaction humaine qui offrent au chercheur des informations et des éléments de réflexion très riches et nuancés.

L'entretien permet d'instaurer un échange au terme duquel l'interlocuteur exprime ses perceptions d'un évènement ou ses expériences. A travers les questions qu'il pose, le chercheur facilite cette expression, évite une trop grande dispersion de son vis à vis et l'aide à accéder à un degré plus profond d'authenticité et de profondeur. Dans cette dynamique, la préparation à l'avance de l'entretien tout en ayant pour but d'obtenir un maximum d'informations pertinentes et d'assurer aux résultats de l'entretien un maximum d'objectivité. Pour atteindre ce maximum d'objectivité, l'observation d'un certain nombre de facteur outre le guide d'entretien est primordiale (est de mise ou est une gageure). Selon Loubet (2000), ces facteurs sont de l'ordre de :

- L'objet de l'enquête : il suscite souvent d'énormes difficultés quant à son caractère saisissable ou non ;
- Les sujets : ils ont parfois du fait du caractère sensible des thèmes abordés, la difficulté à élaborer et à s'exprimé aisément ;

- Les techniques d'entretien : ils sont fonction de la variante de l'entretien (directif, non directif ou semi-directif) ;
- La personnalité de l'enquêteur : qui peut influencer la production verbale du sujet engagé dans l'élaboration ou dans la verbalisation de ses émois/affects. Dans le cadre de cette recherche, l'entretien semi-directif ou semi guidé (il y a un certain nombre de thème qui guident l'activité du chercheur) selon Loubet (2000) nous semble essentiel pour la collecte des données en ce sens qu'il nous permet de saisir le vécu intégral des comorbidités dont nous faisons allusion. Toujours est-il qu'il est question pour nous d'appréhender le fait le phénomène de survenue des comorbidités au cours de la prise en charge des schizophrènes lorsque ceux-ci se montrent résilients. Dans cette perspective, il nous permet de saisir ce dernier dans sa globalité, sa singularité, dans sa subjectivité et plus encore d'appréhender son vécu subjectif.

Etant donné que nous avons affirmé précédemment que dans ce type d'entretien le chercheur se laisse guider par un ensemble de thèmes et de sous thèmes afin de récolter les informations nécessaires à l'atteinte des objectifs qu'il s'est fixés dès l'entame de son étude, nous avons retenu un ensemble de thèmes qui nous ont guidé dans ce sens.

4.6.2. Outil de collecte de données : guide d'entretien

Selon Blanchet et Gotmant (1992) repris par Fernandez et catteeuw (2001), le guide d'entretien est un ensemble organisé de fonctions d'opérateurs et d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Il s'agit en fait d'un ensemble de thèmes et sous thèmes que le chercheur doit aborder avec le participant au cours d'un entretien qui plus est de recherche. Ainsi, le processus lié à la collecte de nos données a débuté par l'élaboration d'un guide d'entretien.

Ledit guide est mis à la disposition de l'enquêteur afin de lui permettre de suivre la méthodologie définie, tout en observant un comportement adéquat lors de l'entretien. Cependant, il importe de noter que l'ordre d'évocation des thèmes, de même que la formulation des questions peuvent varier au cours de l'entretien.

L'identification des thèmes liés à l'objectif de cette recherche s'est faite en référence à la littérature existante à propos des traumatismes psychiques et l'état de stress post traumatique.

Suivant Fortin (2006), les thèmes et les sous-thèmes majeurs ont été établis, ce qui nous a permis de formuler les questions favorisant l'évocation de ces thèmes au cours de l'interview.

Pour la collecte des données afférente à cette recherche, le guide d'entretien utilisé comprend 4 thèmes et de nombreux sous-thèmes. Il se présente de la manière suivante :

- Préambule ➤ Identification du participant ➤ Thème 1 : contexte de survenue des comorbidités ➤ Thème 2 : manifestation de la résilience ➤ Thème 3 : gestion des comorbidités ➤ Thème 4 : personnalité du sujet

4.7. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNEES

Pour collecter nos données auprès des participants nous nous sommes accordés une certaine exigence relative aux tests utilisés et à la méthodologie. Le YALE le DAST-20 ont servi à la collecte des données en fonctions des comorbidités. Les entretiens proprement dits n'ont pas été exclus. La collecte des données s'est faite à l'hôpital Jamot et dans certains cadres privés liés aux participants ; dans de salles conviviales, à l'abri des perturbations environnantes et favorable à l'écoute.

La première phase a commencé par notre présentation, suivi d'une explication du motif de notre rencontre. Après cela, nous exposons au sujet l'objet de notre entretien, suivi de l'explication du caractère confidentiel des données qui seront recueillies et les considérations éthiques qui régissent cette recherche. Lorsque le sujet nous donnait son accord, nous lui passions soit le YALE soit le DAST-20 à la suite de l'entretien.

Avant la passation du YALE et du DAST -20 nous avons passé l'échelle de résilience de Young à tous nos participants. Elle nous permet de vérifier si un sujet se trouve oui ou non dans un état de résilience au moment de la passation de nos tests. Il s'agit en effet d'un questionnaire de 25 questions dont les modalités de questions vont de 1 à 7 indiquant graduellement si le sujet est très en désaccord (N°1) ou totalement en accord (N°7).

Le second temps, lié à l'entretien s'est opéré suivant certains prérequis et précautions. Ainsi, après avoir présenté, lu et faire signer le formulaire de consentement libre et éclairé aux participants, nous pouvions alors passer à la deuxième phase, qui est celle de l'entretien proprement dit. Mais cela a été possible une fois que la situation d'entretien a été dédramatisé et

que les participants ont été rassuré du fait que les données recueillies seront utilisées uniquement à des fins de recherches et ce dans l'anonymat. Ce n'est qu'après cela que nous avons procédé aux entretiens qui se sont déroulés pendant environ 30 à 35 min. Il est à noter qu'avant de commencer l'entretien proprement dit, nous avons au préalable obtenu l'accord de nos participants de l'enregistrer. Ainsi, l'entretien a commencé par une présentation des participants. Il était question de recueillir des informations en relation avec l'état actuel de nos participants. Ces entretiens ont donc été enregistrés par le magnétophone de notre téléphone portable. La suite de l'entretien a consisté à recouvrir l'ensemble des thèmes consignés dans notre guide d'entretien. A la fin de l'entretien, nous demandions à chaque sujet s'il y avait un élément que nous n'avions pas abordé et sur lequel il souhaite revenir. A la fin de chaque entretien, nous remercions le sujet pour sa disponibilité. Une fois la collecte de données terminée, il a été question de faire l'analyse de ces données.

4.8. TECHNIQUE D'ANALYSE : ANALYSE DE CONTENU

Le choix de la technique d'analyse des résultats d'une étude étant fortement corrélé à la technique de collecte des données, à la nature des données recueillies et à l'objectif de l'étude, nous avons opté pour l'analyse de contenu. Ceci dans le souci d'analyser et d'interpréter nos données avec objectivité. Cette méthode d'analyse vise la recherche du sens que les individus attribuent à leur vécu subjectif et ce, en lien avec une situation ou un fait bien précis. Il est donc question de « donner une explication psychologique (un sens), significative et scientifique à chaque contenu des données recueillies par les entretiens » Baliaba (2014). En ce sens qu'elle permet d'avoir une approche qualitativement approfondie de diverses informations recueillies.

C'est dire que, la technique d'analyse de contenu est un procédé qui a pour but la mise en lumière, de façon objective, du sens implicite que regorge un texte, un discours, les résultats des tests psychologiques, le contenu des entretiens qui ont été transcrits etc. et ce, grâce à une reformulation ou à l'utilisation d'un métalangage et à un classement de tout ce qu'ils contiennent, si l'on se réfère à Charaoui et Bénony, (2003) cité par Nguimfack (2008).

Le recours à l'approche qualitative d'analyse des données est de mise, au regard de la singularité, des spécificités et des exigences de notre méthode de recherche et de la population d'étude. Il s'agit, comme nous l'avons précisé, d'une étude de cas fondée par la recherche de la

réalité individuelle (le sens que le sujet donne à son vécu subjectif de l'évènement des comorbidités lorsque celui-ci devient conscient de son état), totale et concrète. Il n'est pas question pour nous de faire une étude verticale (cas par cas) de façon à établir des catégories différentielles, mais réaliser une étude horizontale (thématique) en identifiant des particulières influencées par la personnalité des sujets résilients à la schizophrénie mais vulnérables face aux comorbidités qui se présentent.

4.8.1. Analyse thématique

Lors d'un entretien de recherche, même s'il est centré sur un objet précis, le corpus discursif est toujours traversé de thématiques connexes. Face à ce corpus, le chercheur tente d'identifier ce qui relève effectivement de ce qu'il étudie. Pour cela, il doit procéder à une analyse de contenu (Vilatte, 2007).

L'analyse thématique comme la conçoit Pedinielli (1994) est avant tout descriptive. Elle procède par segmentation du discours et recensement des thèmes principaux qui peuvent faire l'objet d'analyse différente suivant les questions et les objectifs de recherche. Elle permet d'examiner la signification des mots et de reconstruire le sens de leurs phrases. Pour autant, il est important d'identifier les thèmes de référence. Comme le veut Vilatte (2007), il s'agit d'organiser les thèmes identifiés en sous-groupes, puis de positionner ces sous-groupes, les uns par rapport aux autres en introduisant une certaine logique. A l'issue de ce travail préliminaire, une grille générale doit être réalisée à partir du premier entretien. Pour vérifier la stabilité et la pertinence de cette grille, il est fondamental d'essayer de l'appliquer à un deuxième, puis un troisième élément du corpus et si nécessaire, y apporter alors les modifications qui s'imposent. Durant cette phase, on note tous les nouveaux thèmes susceptibles d'apparaître. À partir de ce moment, on considère que la grille peut être utilisée sur l'ensemble des données.

Dans cette recherche, cette analyse s'est fait de manière transversale. Nous avons recensé les unités de référence entre les récits recueillis. Ainsi, suivant Fortin (2010), nous avons procédé à la codification du contenu de chaque entretien selon les questions abordées.

D'abord, l'ensemble du contenu a été regroupé selon des thèmes ayant servi à la collecte des données analysés. Le contenu entier a ensuite été passé minutieusement en revue afin de faire une codification plus fine, tout en identifiant les unités de sens. Le contenu lié à chacune des

catégories a ensuite été explicité et détaillé. Afin d'augmenter la fiabilité de l'analyse et de valider les catégories conceptuelles que nous avons relevées, nous avons recouru à plusieurs tiers, en occurrence notre directeur de mémoire et deux enseignants chercheurs de notre département.

4.9. DES PRECAUTIONIONS ETHIQUES

L'un des codes éthiques le plus important en matière de recherche sur les sujets humains fut « le code de Nuremberg de 1947 : aucune recherche ne pouvait être poursuivie sur des sujets humains sans leur “consentement volontaire”, et ceci est resté inchangé dans les codes suivants » OMS (2003).

Dans la réglementation, les recherches impliquant des sujets humains, obéissent à des procédés d'examen qui ont été mis au point par des commissions et des comités gouvernementaux et institutionnels. Cette réglementation s'inspire largement des directives des codes d'Helsinki. Partant de là, les dispositions éthiques que nous avons prises en compte composent avec les principes suivants :

- Le respect des principes scientifiques ;
- Toute activité de recherche doit être menée par des personnes qualifiée(s) dans le domaine scientifique (notre échelle de sélection des participants ainsi que nos entretiens ont été passé par nous-même) et encadrée par des experts compétents dans le domaine pour lequel l'on souhaite intervenir (cas de nos enseignants).
- La poursuite d'une recherche biomédicale ou non impliquant des sujets humains n'est légitime que dans la mesure où l'importance des objectifs justifie le risque inhérent auquel le sujet s'expose.
- Le droit du sujet de la recherche à sauvegarder son intégrité doit toujours être respectée. Nous avons pris des précautions pour préserver la vie intime du sujet et pour minimiser l'impact de l'étude sur son intégrité physique et mentale et sur sa personnalité.
- Dans toute recherche sur des êtres humains, chaque sujet potentiel doit être correctement informé de l'objectif, des méthodes, des bienfaits attendus et des risques éventuels de l'étude et des inconvénients qu'elle peut entraîner. Cela bien été pris en compte pour nous bien expliqué et rappelé à nos participants respectivement avant que nous ne passions le DAST-20 le YALE et le l'entretien proprement dit.

- Faire recours à un consentement libre et éclairé. Compte tenu du fait qu'il est formellement proscrit de faire pression et de contraindre les participants à répondre favorablement à toute recherche. C'est ainsi que, nous n'avons travaillé qu'avec ceux qui étaient disposés à participer. Ceux qui ne l'étaient pas ont été écartés de notre étude.
- Pour ce qui est de l'anonymat des participants, nous avons choisi un pseudonyme pour désigner chaque participant.
- En cas d'incapacité juridique ou mentale, le consentement éclairé doit être obtenu du tuteur légal conformément à la législation nationale. C'est la raison pour laquelle tous nos participants jouissaient de toute leur lucidité.
- Les sujets ont été informés du fait qu'ils sont libres de s'abstenir ou de renoncer à leur participation à tout moment.
- De plus, il est à noter que les participants n'ont reçu aucune rémunération pour leur participation à cette recherche.
- Les sujets ayant pris part à cette étude ont été informés des avantages et des risques liés à leur participation. Pour ce qui est des avantages de cette recherche, il a été expliqué que cette étude leur permettait d'approfondir leurs connaissances à propos de la schizophrénie et de ses comorbidités. Donc ils ont été informés sur la possibilité de pouvoir bénéficier des connaissances en ce domaine afin d'améliorer l'intervention thérapeutique. Pour ce qui est des risques, il était possible que les thèmes abordés au cours de l'entretien fassent ressortir des émotions négatives comme la tristesse, de la culpabilité ou de la colère.

**CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE
DES RESULTATS**

Deux parties marges font la quintessence de ce chapitre, à savoir la présentation des données recueillies auprès des patients et l'analyse des résultats. Ainsi dans ce chapitre il est question de saisir le phénomène ou processus durant lequel le schizophrène sous l'effet de la prise en charge à l'hôpital Jamot et de ses propres compétences a pu mettre sur pied une capacité de résilience laquelle vise à réduire ses comorbidités. De ce fait, la première section est dédiée à la présentation des participants et de leurs résultats à la passation à l'échelle de résilience, au DAST-20 et au Yale de Brown avant et après leur résilience mise sur pied. La deuxième s'intéresse davantage à l'analyse des résultats proprement dit.

5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS

Comme nous l'avons mentionné plus haut deux participants ont pris part à cette étude. Nous les avons nommés Pasta et Ndzeutuna pour qu'ils restent dans l'anonymat. Ainsi cette section s'attèle à la présentation de ces participants tout en prenant en compte leurs résultats à la passation du Yale de Brown du DAST-20 et de l'échelle de résilience.

5.1 .1. Cas I : Pasta

Pasta est un jeune homme âgé de 33 ans. Il est Bamiléké. Il travaille dans une « provendérie » dans la ville de Yaoundé. Issu d'une famille polygamique, il est le premier né à sa mère qui possède 5 enfants avec son époux soit deux garçons et trois filles. Il a été diagnostiqué schizophrène (forme simple) à l'hôpital Jamot de Yaoundé en Septembre 2015. Grâce au dispositif de cette structure et plusieurs autres interventions culturelles il a vu son état s'améliorer. Il y revient plus tard à cause des comorbidités de la schizophrénie.

5.1.2. Cas Ndzeutuna

Ndzeutuna, âgé de 25 ans est un jeune camerounais. Il est le second d'une fratrie de 5 enfants, dans une famille chrétienne. Il a fréquenté quelques églises mais il ne s'est jamais stabilisé. Il fait du petit commerce pour subvenir à ses besoins personnels. Sa perte de contact avec la réalité pousse sa mère à solliciter les services d'un tragi-praticien puis ceux d'un prêtre. Suite à son état qui se dégrénerait continuellement, sa famille a été obligé de se conduire à l'hôpital Jamot où il a été déclaré schizophrène. Ses parents n'ont pas voulu qu'il se fasse interné pour longtemps c'est pourquoi ils ont voulu qu'il rentre à la maison. Après son retour, les comportements qui l'ont conduit en psychiatrie avaient cédé la place à d'autres troubles. Dès

son retour à l'hôpital, il a été soumis à l'échelle de résilience et présentait un score très faible sur cette échelle selon l'équipe médicale en place

5.2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES COMORBIDITÉS

Nous nous intéressons ici aux circonstances dans lesquelles sont survenues les comorbidités chez les schizophrènes. En effet elles n'étaient pas présentes lorsque ces derniers étaient coupés de la réalité et dont la schizophrénie était pour ces derniers l'unique handicap qui les empêchait d'entreprendre toute action. C'est bien après que ces comorbidités apparaissent. De plus, il en ressort de leurs déclarations que ces comorbidités dont ils souffrent sont survenues lorsqu'ils se sont rendus compte qu'ils sont schizophrènes et lorsqu'ils croyaient que leur état de santé s'était amélioré.

Tel que le conçoit le DSM5, la notion de comorbidité fait référence à un trouble associé. C'est-à-dire un trouble secondaire qui survient à la suite d'un trouble primaire. Pour mieux saisir et approuver le niveau d'atteinte de nos patients par ces troubles, nous pensons que le contexte de survenue d'une situation est recommandé.

Lors de la prise en charge de la schizophrénie (pathologie parfois dite incurable) si le patient développe certaines attitudes alors l'on peut dire si son état s'améliore ou pas. Nous voyons par exemple avec Pasta.

« Au départ je ne savais pas pourquoi on m'a conduit à l'hôpital Jamot, je ne savais pas que j'étais malade on me disait que j'étais malade mais je ne croyais. Je pensais avoir raison, j'étais convaincu que tout le monde me détestait et que personne ne voulait me comprendre. »

Il continue en disant :

- « Je me souviens comment trois médecins venait chaque jour m'injecter, on n'entraît et me forçait à prendre des médicaments dont je ne voulais pas et après l'on m'endormait. Aujourd'hui ces médicaments je les prends tout seul et je le sais désormais c'est donc vrai je suis fou ».

Là, nous voyons que ce patient est conscient de son trouble. Le simple fait qu'il parvient à reconnaître qu'il est malade témoigne d'un bon signe dans sa maladie. Il en est de même pour Ndzeutuna. Aussi affirme-t-il:

- « Je me disais que je suis un boy au départ, je ne me souviens réellement pas de ce qui se passait la seule chose que je sais c'est que tout le monde se méfiait de moi l'acharnement que je recevais était plus fort que moi, pourtant je ne voyais pas ce que j'avais fait de mauvais. Un matin je n'étais plus libre, j'étais enfermé dans un hôpital où tous les jours je recevais des médicaments et des injections sans savoir de quoi je souffrais. De plus c'est tout le monde qui me donnait des conseils. Tout cela m'a permis de me rendre compte que je n'allais pas bien que je souffrais, et que j'étais malade dès lors je prenais mes médicaments seuls et j'apprenais à écouter ce que les uns et les autres me disaient au sujet de ma maladie je n'y avais pas cru et souvent je pleurais je regrattais ce que j'ai fait. Mes amis et tout le monde m'avaient déjà fui et quand même mes frères me parlaient c'est avec méfiance cela me faisait comprendre que je constituais une menace, que j'étais malade ».

- Manifestation des obsessions

Au cours d'un de nos entretiens avec Pasta nous avons relevés les marques d'une obsession pressante dans son discours, aussi affirma-t-il

« J'ai eu une révélation du Seigneur, ceux qui pensent qu'ils seront riches avant moi ne seront pas. Quand j'aurai achevé la mission que le Seigneur m'a confié alors il m'élèvera et je deviendrai président dans cette république. Le Seigneur veut que j'ouvre une église pour pouvoir annoncer la bonne nouvelle à ceux qui sont dans l'obscurité, prêché l'évangile partout où besoin se fera. Le Seigneur me fait savoir que j'apporterai la guérison à ceux qui souffrent. Lorsque je leur imposerai les mains ils retrouveront la santé, ils payeront la dime dans mon église et iront dire à qui veut l'entendre que le Seigneur est avec moi. Dans mon ministère je rencontrerai des hauts gradés de cette nation, ils me placeront dans un grand bureau où j'occuperai une noble fonction. Je gouvernerai avec droiture le peuple qui me sera confié. J'ai peur car je suis convaincu si je ne le fais pas le Seigneur me punira à jamais ».

Nous voyons clairement comment il est envahi par des pensées récurrentes inappropriés et dérangeantes qui lui provoque de l'anxiété. Ce sont ces pensées qui vont dès lors influencer son comportement et l'obliger à adopter des comportements inadaptés face à certaines situations

- Manifestation de la compulsion

Selon le dictionnaire Robert, « la compulsion est un désir ou besoin psychiatrique irrésistible considéré comme irrationnel, et qui pousse à agir afin de moins se sentir angoissé ou en détresse ». Dans notre étude, nous avons constaté avec Pasta qu'il décrivait clairement la définition suscitée par ses faits et gestes. Voici les propos qui justifient cela :

« A chaque instant, je dois me retirer pour que le Seigneur n'enlève pas le don qu'il a en moi, je m'abstiens de manger. J'ai constaté que c'est chaque temps que je vais parfois je laisse tout ce que je suis entraîné de faire pour aller à l'église. Si je n'y vais le ciel se retournera contre moi et je mourrai. »

L'analyse formelle de ces propos montre à suffisance que notre participant souffre des compulsions sévères, il ne peut se lasser d'aller prier à chaque fois que son esprit lui ordonne.

- Présentation des résultats du YALE de Brown chez pasta

Le YALE de Brown a été administré à Pasta. A chaque item de ce questionnaire, il est question de répondre à des questions relatives à son état. Pour chaque symptôme éprouvé pendant la semaine antérieure une valeur numérique suivant la fréquence et la gravité dudit symptôme.

Ledit test est connu sous le nom de : Échelle sur le trouble obsessionnel-compulsif Yale-Brown (Y-BOCS)

Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions. Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'insinuent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Les questions 6 à 10 ont trait à vos comportements compulsifs. Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour atténuer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportements répétitifs, réglés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié, mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, des vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou

redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses (dans notre cas nous voyons comment le rituel de Pasta se manifeste par le fait qu'il se retire tout le temps aller prier). Son score se présente comme suit : sur les 5 items relatifs aux obsessions il a le score suivant : ($0 \leq 16 \leq 20$). Sur les items relatifs aux compulsions il a le score suivant : ($0 \leq 14 \leq 20$) ce qui lui donne un total de ($0 \leq 30 \leq 40$) d'où un handicap sévère exigeant une aide extérieure.

Nous rappelons qu'il présentait également un très faible score sur l'échelle de résilience.

5.2.1 Manifestation des addictions aux drogues

Nous avons eu l'habitude de croiser des personnes caractérisées par des attachements démesurés à une chose précise, des personnes dites addictives. Lors de nos multiples entretiens nous avons constaté que leurs attachements aux drogues de façon générale causaient un véritable problème. C'est le cas de Ndzeutuna dont nous avons recueilli l'entretien suivant :

« C'est n'est pas maintenant que j'ai commencé à fumer ou à boire, depuis toujours j'ai aimé la drogue, et l'alcool. Ces deux substances sont mes médicaments, lorsque je ne les prends pas c'est comme si le ciel voulait tomber sur ma tête or lorsque je les prends chaque temps, chaque temps je suis plus à l'aise qu'un poisson dans l'eau et j'ai la force de faire tout ce que l'on me demande. Je bois dès que j'ai l'occasion et je me suis rendu compte que j'aime la boisson plus que la nourriture, seulement qu'elle coûte énormément chère. La bière a un excellent goût, elle nous procure un plaisir inoubliable, depuis que je l'ai goûté je ne peux plus m'en passer, fumer alors c'est une autre chose, même si tu me paye je ne peux pas rester sans fumer. Je fume presque tout et ça ne me dérange pas au contraire je suis très heureux comme ça. ».

Dans ce paragraphe il décrit clairement ses addictions aux drogues (alcool et tabac) et refuse de croire qu'il souffre de la schizophrénie. C'est pourquoi il nous a demandé de lui expliquer les notions tabagisme et d'alcoolisme. Cela a été fait avec beaucoup d'ingénuité. Après cette explication notre patient a continué en disant : « je souffre des addictions et non de la schizophrénie, on m'a dit que la schizophrénie est : (l'explication qu'il donne n'est pas différente de celle-ci)

« La schizophrénie est un trouble qui affecte la capacité d'une personne à réfléchir à ressentir et à se comporter, c'est un trouble sévère »

Il continue en disant : « Et regarde toi-même ces deux pathologies ne se ressemblent même pas. »

Lorsque nous lui avons demandé que pourquoi il n'arrête pas de fumer et de boire, il nous a dit : « Boire c'est mauvais, fumer aussi c'est pareil mais je me sens à l'aise lorsque je fume et lorsque je bois. Ils disent qu'avant j'étais couper de la réalité et je commettais beaucoup de dégâts. Ils ajoutent que lorsque je fume et je bois, je suis un peu calme je me dis qu'ils ont raison car en réalité ces substances sont mes médicaments. Elles me permettent d'éviter de faire certaines choses et me procurent joie et bonheur. Je ne peux rien faire sans ces substances, je ne peux pas faire. »

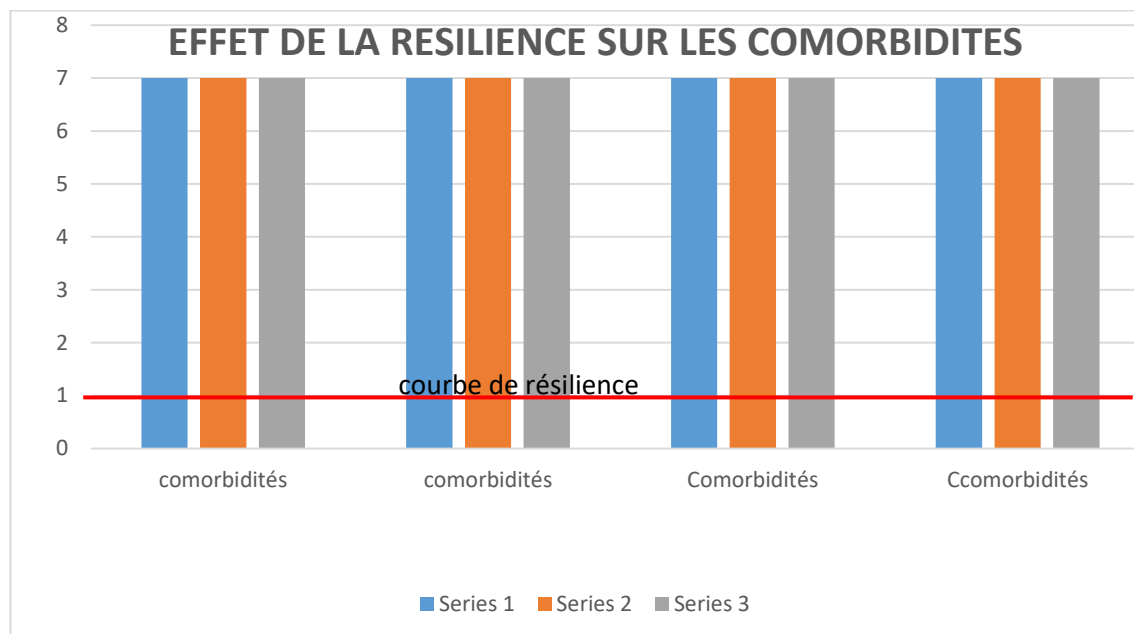
Après cette affirmation on comprend clairement que ce dernier sait qu'il est malade plus loin il sait de quoi il souffre. Ceci étant nous sommes convaincus que la schizophrénie a cédé la place aux addictions. Le simple fait que ce dernier puisse se rendre compte qu'il est malade fait de lui un non schizophrène. Nous tirons ceci de la nosographie et de la quintessence de la schizophrénie et selon laquelle le malade schizophrène n'est pas conscient de son trouble. Notre hypothèse se justifie par l'affirmation en suivante : « c'est donc vrai je suis malade. ». Nous avons donc constaté que c'était nécessaire pour nous de lui administrer le DAST-20 afin de pouvoir affirmer scientifiquement la présence des addictions. Le questionnaire ci-dessous a donc été l'objet de cette gymnastique.

- **Présentation des résultats du test**

Le « DAST-20 » a été administré à Ndzetuna. En effet ses parents nous disaient que son nouveau problème c'est la drogue et l'alcool. A chaque item de ce questionnaire il est question pour Ndzetuna de répondre aux questions relatives relative à sa consommation aux drogues et ou à l'alcool par oui ou par non. Ce faisant nous avons donné une valeur numérique suivant la fréquence et la gravité de son addiction aux drogues. Etendu que la valeur 0 =aucun risque ; 1à 5=risque faible ; 6à10=risque possible ; 11à 16 = risque substantiel ; 11 à 20 = risque sévère.

Suite à la première passation, fort a été de constater que Ndzeituna a un score de 16 ; ce qui veut dire qu'il présente un risque sévère de présence des addictions.

Nous rappelons également que son score sur l'échelle de résilience est très faible à cet instant.

Figure 1 : EFFET DE LA RESILIENCE SUR LES COMORBIDITES

On constate que plus la courbe de la résilience est faible plus les comorbidités sont élevées

5.3 ETAT DES PATIENTS QUELQUES SEMAINES APRÈS LA PRISE EN CHARGE ET GESTION DES COMORBIDITÉS

5.3.1 Propos recueillis auprès de Pasta une fois la résilience mise sur place

Je suis une personne très extravertie j'observe beaucoup les phénomènes je me renseigne beaucoup je m'intéresse sur tout ce qui concerne mon activité. Mais je suis sélectif vis-à-vis des personnes avec lesquelles je m'ouvre. J'ai toujours besoin d'énergie. Je suis quelqu'un d'enthousiaste un véritable générateur de richesse lorsque je suis en activité. Je suis très automotivé et un générateur de motivation pour les autres. Je suis agréable à vivre et ça dépend surtout de mon conjoint. De son attitude et de sa volonté. Je donne aux autres que si cela peut rapporter ou engendrer quelque chose de bien pour la personne. C'est pour quoi à un moment j'ai décidé de ne plus boire et de ne plus donner l'alcool aux gens. Je dois savoir que l'autre a tiré profit de ce que je lui ai donné.

J'affectionne les personnes qui m'entourent ou viennent dans ma provenderie au travers de la politesse, du respect, surtout que la plupart du temps j'ai à faire aux personnes âgées je leur dois obéissance et beaucoup de générosité pour faire prospérer mon activité. Je parle

généralement de Dieu à mes clients je leur prodigue des conseils. Je suis conscient de tout ce que je fais ; en toute circonstance j'évoque le non du Seigneur. Je contrôle mes faits et gestes, et je supervise très bien mon activité car je suis le responsable de ma provenderie je gère cette provenderie depuis un bon bout de temps et je suis convaincu que peu de personnes peuvent faire aussi bien que moi. Les gens me connaissent tant par ce que je suis le gestionnaire de cette provenderie. Par jour je reçois minimum 50 personnes, et ces personnes me connaissent presque tous, de plus ils sont généralement marqués par ma façon d'être et d'agir. Cette provenderie me permet d'aider ma famille aisément Je garde contrôle sur tout le monde et sur tous ceux qui entrent dans ma boutique. Je rencontre souvent des contraintes dans mon lieu de service, mais je fais l'effort de résoudre mes problèmes avec douceur au moyen du dialogue, et de la patience. Mais je peux toujours appeler les secours pour m'aider à surmonter mes difficultés surtout lorsqu'il s'agit des clients réguliers ou ceux qu'on se connaît assez. Je n'éprouve pas de sentiments négatifs tels que le dépit, la colère, la haine et tous les autres, car je trouve toujours une solution aux problèmes. J'ai quelques ouvriers et on s'entend très bien.

Je converse, pour résoudre tout type de problème car je connais le pouvoir de la communication. Il s'agit d'un tout : une ouverture à l'autre, un partage, la narration du problème tout en touchant le cœur du fameux problème, puis la résolution du conflit, le réconfort surtout de l'aigri. Je suis plus qu'autonome, voire indépendant. Malgré la maladie, je ne dépends pas de la famille. Plutôt une grande partie de la famille dépend de moi et je suis en train de leur apprendre à devenir autonome. Dernièrement j'ai payé la formation de mon petit frère, un véritable gouffre financier. A ma sœur et à ma mère j'ai fait des très gros sacrifices ; je prends également en compte ceux qui veulent travailler avec moi. Pour prendre mes distances face à un environnement perturbé, pourvu de problèmes cela dépend tout d'abord du problème qui émane de la situation, aussi de savoir si le milieu est criminel ou si le problème est bénin. Je peux encourager les parties plaignantes à régler leurs litiges, mais je n'interviens que lorsque c'est nécessaire Le fait que je me retire tout le temps pour prier est d'abord pour moi la meilleure façon de se tenir à l'abri des perturbations de ce monde, de fuir les problèmes. C'est à moi de penser de la manière d'intervenir dans le conflit, que ce soit en m'impliquant personnellement ou encore par personnes interposées.

Dans mon quartier et dans la zone où je travaille, je suis considéré comme un promoteur économique, culturel car ma provenderie est plus qu'une entreprise ; je ravitaille plusieurs

éleveurs et de nombreux projets agricoles. A moins que ce ne soit pas mon initiative, je préfère que la personne en difficulté vienne vers moi. L'empathie entant la capacité à ressentir la douleur de l'autre, j'aime écouter les gens et surtout les comprendre. C'est aussi pour eux que je prie tout le temps j'ai souvent donné une pièce d'argent à nécessiteux. Si une personne a besoin d'argent pour lancer un projet, je m'implique tout en continuant à faire un suivi afin de l'aider à réussir dans les actions qu'il entreprend. Je me vois comme quelqu'un d'altruiste parce que j'offre du travail et j'apprends l'élevage aux jeunes et à certaines personnes âgées. Et en même temps je peux recommander un jeune ou un vieux où il sera servi.

Au village plusieurs personnes m'apprécient j'y vais souvent distribuer la nourriture. Quand je mets un projet sur pied je me dépense beaucoup dans tous les aspects jusqu'à ce qu'il devienne rentable. Je suis sociable de par l'aide que j'apporte aux autres. Je suis populaire de par l'activité que je fais je reçois environ cent personnes par jour. J'entretiens d'excellents rapports avec les autres adultes, en particulier avec ceux qui sont plus âgés que moi car c'est un signe de courtoisie respect et politesse d'autant plus qu'ils sont généralement mes clients.

Pour parler de ma personnalité, je dirai sans risque de me tromper qu'elle a un grand lien avec ma guérison. C'est ma façon d'être de mon comportement, d'agir et m'abstenir face à certaines situations que j'ai pu obtenir la santé.

5. 3.2 Propos recueillis auprès de Ndzeutuna une fois la résilience mise au point:

Je suis une personnalité complètement différente de celle qui a été conduite ici. Tout allait bien quand j'ai quitté cet hôpital pour la première fois, je suis rentré chez moi tranquillement et je vaquais à mes occupations sans problème. Pour dire vrai je n'ai pas sus à quel moment je devenais dépendant aux drogues. Elles étaient devenues mon passe-temps et j'en consommait à tort et à travers pour exprimer mes joies et mes peines. Je consommait toute sorte de drogue sans exception et vous ne pouvez même pas imaginez les autres drogues que j'ai eu à consommer. L'alcool n'était pas en reste ; j'ai pris toute sorte d'alcool et surtout les plus fortes. Mais maintenant il n'en est plus. Aujourd'hui je pense que c'est plus qu'un triste souvenir car je pense que ça va déjà.

Actuellement je suis très ouvert au monde qui m'entoure et je me dois d'être dynamique pour conquérir mes clients ; mon métier c'est avant tout commerçant c'est vrai que les gens disent que je ne fais rien. Mais mon petit commerce me permet de subvenir à mes besoins je ne

demande rien à personne et je n'attends rien à personne et parfois j'apprends gratuitement à vendre à ceux qui viennent de se lancer et même lorsque ceux-ci veulent me payer ; pendant la pause déjeuner j'achète du pain et je donne un peu au jeune enfant de la rue qui se débrouille comme moi. J'aime les autres à condition qu'eux ne me cherchent pas les problèmes. Je ne suis plus malade, je suis conscient de tout ce qui m'arrive Mais je me prononce souvent lorsqu'il s'agit de malédiction car quand je regarde mon passé et tout ce que j'ai traversé je dis j'aurais pu être maudit.

Lorsque je me trouve dans une situation à problème, je dois trouver des solutions, mais le plus souvent j'évite les conflits et me contente de faire mon travail, surtout quand je repense à tous mes amis avec qui on faisait la délinquance je remercie le Seigneur de m'avoir épargné. Je suis quelqu'un d'autonome je me débrouille avec mon petit commerce j'aide mes parents et ceux avec qui je vis. Lorsque je réalise qu'il y'a un problème quelque part, je me concentre sur l'essentiel et je ne me focalise pas sur les problèmes. C'est vrai que j'écoute les gens et je les comprends mais ce n'est vraiment pas genre je veux savoir s'ils me comprennent aussi. Maintenant j'ai décidé à chacun de se battre et de faire les efforts personnels et je ne veux plus me trouver dans les situations compliquées. Je peux bien aider les gens mais il faut qu'ils se débrouillent d'eux même. Dans la société je suis doué dans les travaux qui nécessite la force je sais faire du « bensikin » les champs et du petit commerce c'est le capital qui me manque, je peux être un très bon commerçant, car avec les petits moyens mis à ma disposition je me débrouille déjà très bien. Même si c'est deux habits que je vends je le fais bien. Je sais conduire la moto.

Je suis quelqu'un qui compatis à la douleur des autres, on me dit altruiste justement parce que j'aide mon prochain surtout les jeunes de mon âge qui se battent comme moi. Je ne suis pas si sociable cela veut donc dire que je ne peux pas vivre avec les gens et en société et si donc je vis en société cela exprime directement que je suis sociable Je suis assez sociable, j'accueille tout le monde comme il vient, sans faire de distinction quelconque qui sont d'abord ceux qui m'aident ? personne ne veut t'aider mais on aimerait bien que tu aides les gens mais personne ne veut vraiment l'aider. Moi j'ai décidé, j'aide ceux qui m'aide. Actuellement j'entretiens de très bonnes relations avec mes aînés je les respecte et ils me respectent.

Si l'on veut vraiment savoir comment ma personnalité contribue à mon rétablissement là je ne saurais quoi vous dire car si on avait mis quelqu'un d'autre à ma place il ne s'en sortirait pas. Vraiment je suis unique à mon genre oui je suis assez fort pour avoir surmonté ce que j'ai vécu. Je ne suis vraiment pas si populaire. C'est depuis plusieurs années que j'ai laissé l'école je n'ai pas d'activité stable. Les gens me connaissent tous simplement par ce qu'ils me voient le plus souvent. Ils savent aussi que je fais du petit commerce ambulancier. Maintenant je comprends mieux les gens et les choses.

5.4. PRESENTATION ET ANALYSE THEMATIQUES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS : MANIFESTATION DE LA CAPACITE DE RESILIENCE ET GESTION DES COMORBIDITES

Nous avons dit plus haut que la capacité de résilience chez nos participants est d'abord marquée par le fait, qu'ils prennent conscience de leur état de santé. Elle est davantage perceptible par l'habileté de résolution de problèmes, l'autonomie, les capacités de distanciations face à un environnement perturbé, les compétences sociales, l'empathie, l'altruisme, la popularité, la perception d'une relation positive avec un autre. Ces facteurs vont leur permettre de gérer leurs comorbidités. A côté de ces facteurs s'associent les fonctions de leur personnalité et leur capacité de mentalisation. Nous allons donc illustrer cette capacité de résilience chez nos participants jadis déclarés schizophrènes en faisant ressortir les points suscités tout en les segmentant en trois variables.

❖ Tuteurs de la résilience

- Habileté de résolutions des problèmes

Nos deux participants ont de bonnes habiletés de résolution de problèmes, Pasta concrétise cela par l'affirmation suivante : « je fais l'effort de résoudre mes problèmes avec douceur au moyen du dialogue, et de la patience ». Ainsi nous voyons déjà comment Pasta témoigne de cette habileté à résoudre les problèmes Il fait du dialogue et de la parole ses armes favoris. Cette compétence n'est pas un mystère pour Ndzeutuna il a une autre façon de résoudre ses problèmes ou les problèmes qu'il rencontre. C'est dans ce sens qu'il affirme « Lorsque je me trouve dans une situation à problème, je dois trouver des solutions, mais le plus souvent j'évite les conflits et me contente de faire mon travail ». Pour lui, davantage s'occuper à faire ce qui est important est

une excellente façon de résoudre les problèmes ; Aussi il fait tout ce qui lui est possible pour résoudre ses problèmes.

- L'autonomie

Ici nous voyons comment nos participants sont autonomes dans la société et font de cette autonomie leur orgueil. Pour matérialiser cela Pasta affirme : « Je contrôle mes faits et gestes, et je supervise très bien mon activité car je suis le responsable de ma provenderie je gère cette provenderie depuis un bon bout de temps et je suis convaincu que peu de personnes peuvent faire aussi bien que moi. Cette provenderie me permet d'aider ma famille aisément ». Ndzeutuna suit le fil en disant « c'est vrai que les gens disent que je ne fais rien. Mais mon petit commerce me permet de subvenir à mes besoins je ne demande rien à personne et je n'attends rien à personne ». C'est vraiment avec orgueil que nos participants affirment leur capacité d'autonomie. Ils se prennent en charge et aident les autres.

- La capacité de distanciation face à un environnement perturbé

Comme toute personne pourvue d'une bonne santé mentale nos participant ont la capacité de prendre du recul face à un environnement perturbé. C'est ce qu'exprime Pasta en ces mots « Pour prendre mes distances face à un environnement perturbé, pourvu de problèmes cela dépend tout d'abord du problème qui émane de la situation, aussi de savoir si le milieu est criminel ou si le problème est bénin. Je peux encourager les parties plaignantes à régler leurs litiges, mais je n'interviens que lorsque c'est nécessaire Le fait que je me retire tout le temps pour prier est d'abord pour moi la meilleure façon de se tenir à l'abris des perturbations de ce monde, de fuir les problèmes » : Ndzeutuna et il affirme : « Lorsque je réalise qu'il y'a un problème quelque part, je me concentre sur l'essentiel et je ne me focalise pas sur les problèmes.

Maintenant j'ai décidé à chacun de se battre et de faire les efforts personnels et je ne veux plus me trouver dans les situations compliquées ». Selon ces affirmations il est clair que nos participants manifestent un réel désir de prendre des distances face aux environnements perturbés ; d'ailleurs ils le font avec succès.

- Les compétences sociales

Ici nous faisons allusions à ce que nos participants peuvent très bien faire, les talents que ceux-ci ont dans la société. Selon leurs propos il est évident qu'ils ont chacun une profession, un métier dans la vie active et le monde professionnel. C'est ainsi que Pasta affirme: « Je contrôle mes faits et gestes, et je supervise très bien mon activité car je suis le responsable de ma

provenderie » Ndzeutuna possède aussi cette compétence mais dans un autre : « Dans la société je suis doué dans les travaux qui nécessitent la force je sais faire du « bensikin » les champs et du petit commerce c'est le capital qui me manque c'est le capital qui me manque, je peux être un très bon commerçant, car avec les petits moyens mis à ma disposition je me débrouille déjà très bien. Même si c'est deux habits que je vends je le fais bien. Je sais conduire la moto »

- **L'empathie**

Il s'agit de la capacité de pouvoir comprendre, ressentir les sentiments ou de se mettre à la place des autres. Dans notre cas d'étude Pasta est particulièrement pourvu de cette capacité. Il sait comprendre les autres en effet c'est l'une des caractéristiques principales qui le décrit le mieux. Voici ses propos : « j'aime écouter les gens et surtout les comprendre. C'est aussi pour eux que je prie tout le temps j'ai souvent donné une pièce d'argent à nécessiteux. Si une personne a besoin d'argent pour lancer un projet, je m'implique tout en continuant à faire un suivi afin de l'aider à réussir dans les actions qu'il entreprend » Ndzeutuna n'a pas totalement cette vision des faits aussi affirme-t-il « c'est vrai que j'écoute les gens et je les comprends mais ce n'est vraiment pas genre je veux savoir s'ils me comprennent aussi Maintenant j'ai décidé à chacun de se battre et de faire les efforts personnels et je ne veux plus me trouver dans les situations compliquées . Je peux bien aider les gens mais il faut qu'ils se débrouillent d'eux même ».

- **L'altruisme**

Selon le dictionnaire Robert, l'altruisme est la disposition qu'a un individu à venir s'occuper d'autrui et à s'y intéresser. Pasta se reconnaît particulièrement altruiste aussi il affirme : « Si une personne a besoin d'argent pour lancer un projet, je m'implique tout en continuant à faire un suivi afin de l'aider à réussir dans les actions qu'il entreprend. Je me vois comme quelqu'un d'altruiste parce que j'offre du travail et j'apprends l'élevage aux jeunes et à certaines personnes âgées » et à sa suite nous disons que Ndzeutuna est altruiste mais pas totalement : « qui sont d'abord ceux qui m'aident ? Personne ne veut t'aider mais on aimerait bien que tu aides les gens mais personne ne veut vraiment l'aider. Moi j'ai décidé, j'aide ceux qui m'aide ».

- **La sociabilité**

Selon le dictionnaire Robert, la sociabilité est relative à ce qui est social, l'attitude à vivre en société. Pour Etet (2019) « cette capacité permet d'évaluer le fait qu'une personne vive en paix avec son entourage ou non. Et également son aptitude à s'intégrer à la société dans laquelle elle vit » et pour parler de sa sociabilité Pasta affirme : « je suis social de par l'aide que j'apporte aux gens » de plus il a l'art de bien gérer son activité où il reçoit une multitude de personnes par jour. Il entretient de très bons rapports avec ces derniers. Pour Ndzeutuna tel que nous le voyons n'est pas si sociale mais il affirme quand même qu'il est « je ne suis pas si sociable cela veut donc dire que je ne peux pas vivre avec les gens et en société et si donc je vis en société cela exprime directement que je suis sociable Je suis assez social , j'accueille tout le monde comme il vient , sans faire de distinction quelconque qui sont d'abord ceux qui m'aident ? personne ne veut t'aider mais on aimerait bien que tu aides les gens mais personne ne veut vraiment l'aider.». Aurait-il raison ? En le fait qu'il vend déjà dans un lieu public lui donne déjà assez de crédibilité lorsqu'il affirme qu'il est sociable.

- **La popularité**

Selon le dictionnaire Robert, la popularité est une faveur Publique, crédit parmi le peuple. Pour Etet (2019) « il s'agit de l'attrait pour la reconnaissance offerte par le monde que le soit à une petite ou à une grande échelle ». Au cours de notre recherche il en ressort que Pasta est particulièrement populaire non seulement à cause de son activité mais aussi à cause de son comportement : « les gens me connaissent tant par ce que je suis le gestionnaire de cette provenderie. Par jour je reçois minimum 50 personnes, et ces personnes me connaissent presque tous, de plus ils sont généralement marqués par ma façon d'être et d'agir ». Ndzetuna est quand même populaire mais pas assez que Pasta « Je ne suis vraiment pas si populaire. C'est depuis plusieurs années que j'ai laissé l'école je n'ai pas d'activité stable. Les gens me connaissent tous simplement par ce qu'ils me voient le plus souvent. Ils savent aussi que je fais du petit commerce ambulant »

- **La perception d'une relation positive avec les autres**

Cette partie nous permet d'évaluer la relation qui existe entre ascendants et descendants. En d'autres termes ont-ils suffisamment fait la paix avec eux-mêmes afin d'accepter une autorité supérieure à leur, ou alors, sont-ils rebellés, vivent plutôt dans une sorte de révolte ? Au cours de

notre analyse, nous avons plutôt assisté aux relations positives avec le cas Pasta « je suis confronté à des relations avec les adultes les majorités des éleveurs sont des grandes personnes je leur dois minimum de respect, nous avons des bonnes relations parfois ils m'apprennent et me donnent des conseils on s'entraide en fait, j'ai des bonnes relations avec tout le monde ».

Tel n'est pas le cas avec Ndzeutuna « je fume et bois tant c'est par ce que le plus souvent je ne m'entends pas très bien surtout les grandes personnes. Je ne suis pas obligé de faire exactement ce qu'ils disent » Ndzeutuna a évidemment des relations négatives, il se révolte parfois.

❖ **Capacité de mentalisation**

L'un de nos objectifs dans cette recherche est de comprendre comment la capacité de mentalisation des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la gestion de leurs comorbidités. Nos participants n'ont pas failli à cette assertion. Ils l'ont suffisamment justifié.

- **Capacité de mentalisation chez Pasta**

Elle se traduit surtout par le fait qu'il entretient de très bonnes relations avec les autres et surtout par le fait qu'il est hautement sociable avec les personnes avec qui il entretient des relations sociales, il sait réguler ses affects et gérer les personnes qui vont viennent dans sa boutique. C'est dans ce sens qu'on comprend mieux ses propos lorsqu'il affirme : « je garde contrôle sur tout le monde et tous ceux qui entrent dans ma boutique Je n'éprouve pas de sentiments négatifs tels que le dépit, la colère, la haine et tous les autres car je trouve toujours une solution aux problèmes. » Il montre par là qu'il a une certaine conscience du monde, une conscience d'avoir un pouvoir d'action. Il sait se ressaisir, réguler ses émotions, penser avant d'agir.

- **Capacité de mentalisation chez Nzdeutuna**

Comprendre comment la capacité de mentalisation de Nzdeutuna contribue à la gestion de ses addictions a été un grand défi dans ce travail. Il a été atteint à l'aide des données qui nous sont parvenues après analyse des entretiens semi-directifs. Force a été de constater que dans ses interactions quotidiennes il arrive à comprendre autrui, il arrive à anticiper et donner un sens sur ce que les gens font. Aussi il prend conscience de ses propres actions et émotions il comprend l'impact qu'elles peuvent susciter chez l'autre.

Ces informations sont perceptibles dans ses propos lorsqu'il affirme que : « je suis conscient de tout ce qui m'arrive... je suis quelqu'un qui compatis à la douleur des autres »

❖ Fonctions de la personnalité

Il s'agit d'appréhender comment en situation de prise en charge, les fonctions de la personnalité du schizophrène favorisent la gestion de ses comorbidités. Et afin de mieux cerner cette construction, nous faisons appel à la théorie de Rogers (1959) pour qui une personnalité hautement fonctionnelle se veut apte à surmonter les obstacles de ce beau monde. Cette personnalité fonctionnelle est marquée par : l'ouverture à l'expérience, la vie existentielle, la confiance à son corps, la créativité et la liberté expérientielle. Tous ces aspects se font ressentir dans le récit de nos participants.

- Expression de la personnalité de Pasta

C'est une vérité subjacente lorsque nous affirmons à ce niveau de la recherche que la personnalité de Pasta est hautement fonctionnelle. De ce fait nous nous référons à ses propos lorsqu'il affirme : « je suis une personne extravertie..... Je suis sélectif vis-à-vis des personnes qui s'ouvrent au monde.... Je suis populaire par l'activité que je mène ». Plusieurs autres éléments expriment son caractère fonctionnel à savoir son activité professionnelle et sa façon de se comporter

- Expression de la personnalité de Nzdeutuna

Il a une forte conscience que sa personnalité a une forte influence sur la gestion de ses comorbidité « je suis unique à mon genre oui je suis assez fort pour avoir surmonté ce que j'ai vécu ». Il montre par-là comment il a confiance en lui, l'activité qu'il mène montre aussi comment il est créatif.

5.4.1. Présentation des résultats au moyen de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993)

Nous allons présenter ces résultats sous forme de tableau ; il s'agit d'un tableau résumant les réponses de nos deux participants aux différentes questions que nous avons posées sur une échelle allant de 1 (très désaccord) à 7 (totalement en accord)

Tableau 4 : Résultat à l'échelle de résilience

Numéro des questions	Modalité de réponse	
	Cas Pasta	Cas Ndzetuna
1	7	7
2	7	5
3	6	6
4	7	7
5	7	6
6	6	6
7	7	6
8	7	6
9	5	7
10	6	7
11	7	7
12	6	5
13	7	6
14	5	5
15	7	6
16	6	7
17	5	7
18	7	7
19	6	7
20	7	7
21	5	7
22	7	7
23	7	6
24	7	4
25	6	6

La moyenne est égale somme de toutes les valeurs observées divisées par le nombre d'observation.

Nous allons calculer la moyenne individuelle de nos participants ensuite calculer leur moyenne générale, elle sera la somme de leurs deux moyennes divisées par deux, ce qui nous donne une moyenne de 6,34. Vue la moyenne de 6,34, on peut affirmer avec assurance que nos participants ont une bonne capacité de résilience.

Les résultats que nous venons de présenter montrent à suffisance que tous nos participants ont effectivement effectué une bonne capacité de résilience au moment du déroulement de cette partie de notre recherche. C'est cette résilience qui détermine la gestion

des comorbidités qui sont apparues à un certain moment de leur vie. A la lecture du tableau nous voyons que nos deux participants ont dépassé largement la moyenne de la résilience (6) .

Nous restons ferme sur notre position selon laquelle c'est surtout grâce au dispositif médical de l'hôpital Jamot que nos participants jadis en état de crise parviennent à développer cette capacité de résilience laquelle favorisera la gestion des comorbidités que nous avons cité plus haut.

5.4.2. Présentation des résultats obtenus au moyens du DAST et du YALE

*** Résultats du DAST**

Nous allons simplifier ces résultats en faisant récapituler les différents scores dans un tableau.

Tableau : Résultats du DAST

Numéro de la question	Sore Pasta	Score Ndzeituna
1	0	1
2	1	1
3	0	0
4	0	0
5	0	0
6	1	0
7	0	0
8	1	0
9	0	0
10	0	1
11	0	1
12	0	1
13	0	0
14	0	1
15	0	0
16	0	1
17	0	0
18	0	0
19	0	0
20	0	0
TOTAL	3	7

INTERPRETATION DES RESULTATS

Intervalle	Valeur	Cas Pasta	Cas Ndzeutuna
0	Aucun risque		
1 à 5	Risque faible	ICI	ICI
6 à 10	Risque possible (suivi ambulatoire)		
11 à 15	Risque substantiel (suivi intensif)		
16 à 20	Risque sévère (suivi intensif)		

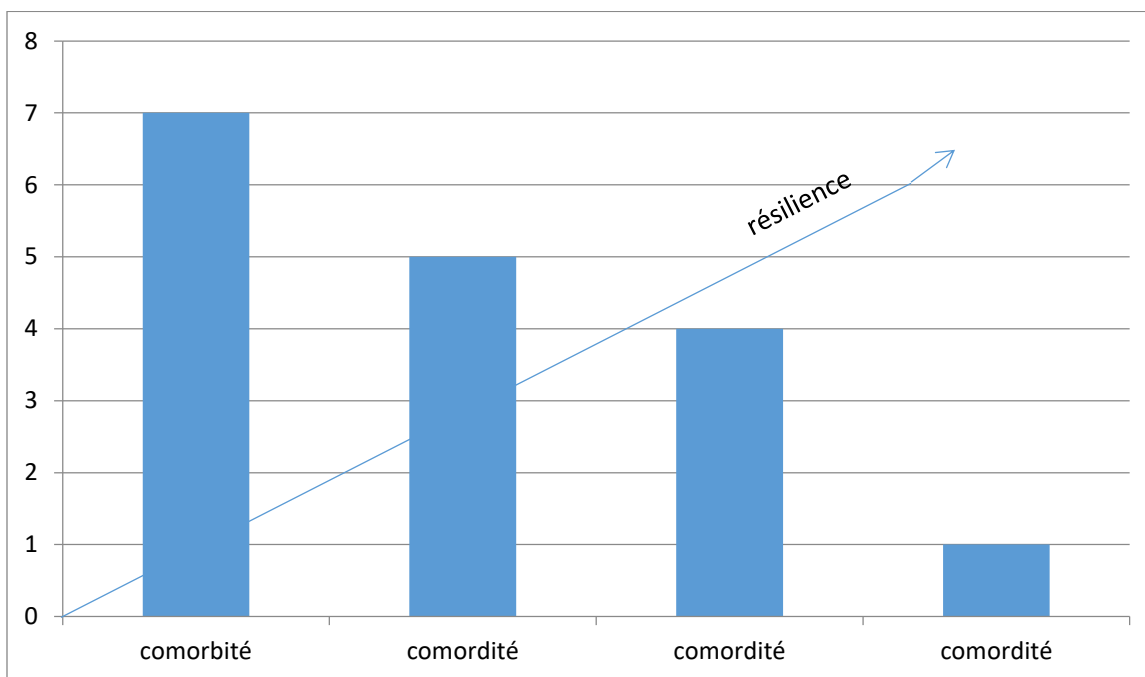
Ce tableau ressort les différentes valeurs et le score total de nos deux participants au DAST-20. Ainsi il est clairement mentionné qu'aucun de nos participants ne présente un risque d'exposition aux addictions que ce soit aux drogues ou à l'alcool pourtant tel n'a pas été le cas lorsqu'ils sont revenus une seconde fois en clinique et nous verrons s'il en est de même pour les troubles obsessionnels compulsifs.

Tableau 5: Récapitulatif des participants au Yale de Brown

Numéro de la question	Score Pasta /40	Score Ndzetuna/40
1	3	1
2	2	0
3	1	1
4	1	0
5	1	1
6	2	1
7	1	1
8	2	1
9	2	0
10	1	1
Total	16	7

La moyenne de nos deux participants à cette échelle montre clairement que ces patients ne présentent pas d'inquiétude, qu'on n'a rien à craindre au sujet des troubles obsessionnels compulsifs.

Figure 2 : EFFET DE LA RESILIENCE SUR LES COMORBIDITES



On constate que plus la courbe de résilience est élevée plus les comorbidités sont abaissées

5.5 PERSONNALITE VERSUS CAPACITE DE RESILIENCE DES SCHIZOPHRENES

La capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge est fonction de la personnalité du sujet. Pour ce fait nous avons procédé selon la méthode habituelle qui consistait logiquement à dépouiller les résultats obtenus lors de l'entretien semi-directif pour se rendre à l'évidence que chaque patient a une façon particulière de réagir face la maladie et la résilience qu'il développe face aux agressions externes et internes aux troubles et surtout à la schizophrénie varie en fonction de sa personnalité. C'est cette personnalité qui a influencé la gestion des comorbidités que nous avons vérifié à l'aide de l'échelle du Yale de Brown et du questionnaire du Dast-20 que nous avons présenté les résultats dans les tableaux ci-dessus. De là on comprend que la personnalité du sujet joue un rôle très important dans le développement et la mise au point de sa capacité de résilience. Dans ce sens on comprend que l'histoire du patient

son environnement social, sa culture, sa famille et ses aptitudes individuelles le rendent unique et propre en son genre et déterminent sa personnalité. Si donc chaque individu est unique alors les mécanismes qui déclenchent la résilience ne peuvent être les mêmes chez les individus. Plus loin le ploiement de la capacité de résilience ne peut sembler chez tous les individus. Tel est le cas avec nos participants.

**CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES
RESULTATS**

Dans Ce dernier chapitre de notre étude, il est question pour nous de rappeler les théories qui ont guidé cette recherche, d'interpréter et de discuter les résultats à l'issu de leur mise à l'épreuve tout au long du chapitre précédent. A en croire Fortin (2005), rendu à ce niveau de la recherche, le chercheur doit mettre en lumière le contenu latent des résultats obtenus, tirer des conclusions, évaluer les implications et formuler des suggestions devant aboutir à de nouvelles recherches. En suivant cette logique, nous allons faire une petite exposition sur les tests qui ont été utilisés tout au long de notre devoir. Puis nous les interprèterons à la lumière des théories sur lesquelles s'étaient notre étude. Ce qui nous donnera de discuter sur le rapport entre la capacité de résilience chez les schizophrènes et la gestion de leurs comorbidités. Nos difficultés et les limites de cette recherche seront également mises en exergue dans ce chapitre. Nous terminerons par des suggestions et des recommandations.

6.1 RAPPEL DES DONNÉES THÉORIQUES

Notre recherche s'est appuyée sur trois principales théories. Les théories de la résilience telles que développées par Anaut et cyrulnik, la théorie de la personnalité développée par Carle Rogers et la théorie de la mentalisation selon Marty.

Parlant de la théorie de la résilience développée par Anaut (2005), elle nous renseigne que la résilience est un processus multifactoriel entre l'individu et son environnement, comprenant des variables internes au sujet (structure psychique, personnalité, mécanismes défensifs.....) et des variables externes (caractéristiques de l'environnement socioaffectif). Il en découle des formes de résilience spécifiques résultant d'un processus dynamique et évolutif qui est propre à chaque sujet. C'est donc à partir de cette théorie que nous avons établi les modalités de la résilience, mieux connues sous le nom de facteurs de résilience qui sont : les habilités de résolution de problèmes, l'autonomie, les capacités de distanciation face à un environnement perturbé, les compétences sociales, l'empathie, l'altruisme, la sociabilité, popularité et la perception d'une relation positive avec un adulte.

Cyrułnik (20214) effectivement souligne le fait qu'on ne peut parler de résilience que s'il y a eu une situation difficile, un traumatisme, un trouble ensuite un retour à l'équilibre psychique. En plus d'être un processus elle est une force présente chez tous les individus et animée par une force vitale, ce désir farouche de vivre, cette dynamique qui pousse

continuellement tous les êtres humains à s'accrocher au moindre signe pour rebondir. Elle tire son origine depuis la petite enfance où l'individu se développe au fur et à mesure. Plus il grandit plus il trouve des tuteurs de résilience (point d'accroche affectif sur lequel il sera capable de s'appuyer pour reprendre sa vie). Et lorsqu'on parle de tuteur de la résilience on repense aux facteurs de la résilience développée par Anaut (2005). Il est également à noter que le remaniement du passé n'est pas à négliger dans le processus de la résilience, il consiste à donner une cohérence aux souvenirs et les rendre supportables donc garder l'espoir et la raison de vivre. Cependant Cyrulnik aborde d'autres facteurs tels l'insoumission, la force de désobéir aussi affirme-t-il « je savais déjà qu'on ne doit pas me soumettre à toutes les lois même si elles viennent des adultes. Je savais qu'écouter les adultes s'était mourir ! Pour moi être rebelle ne veut pas dire s'opposer à tout, mais « se déterminer par rapport à soi » ils ne m'auront pas, il y'a une solution à tout ».

Par ailleurs la théorie de la personnalité telle qu'abordée par Rogers (1951) prend en compte les compétences et développement personnel de l'individu. Il s'est également intéressé à tout ce qui concerne les relations humaines : le couple, la famille, l'enseignement la vie social et politique pour arriver à préciser qu'il existe une nette différence entre les individus. De ce fait l'on en déduit qu'il n'existe pas de cure type. Tout dépend du vécu actuel du client toujours privilégié par rapport à son histoire passée. Ainsi face à toute situation de la vie, expérience ou maladie l'individu a une façon particulière de se comporter, d'agir ou de fonctionner d'où la différence entre les individus. Et selon l'humaniste Carl la personnalité de chaque personne évolue en fonction de la manière dont elle réussissait à aborder ses objectifs vitaux, son expérience personnelle. Aussi il existe cette différence entre les individus qui leur donne d'aborder la vie différemment toutefois ils agissent tous selon Carl d'un point de vue fonctionnelle et dont les personnes hautement fonctionnelles sont celles caractérisées par une ouverture à l'expérience, un mode de vie existentiel, une confiance en soi, une créativité, une liberté de choix, un caractère constructif, et un développement personnel.

Tous ces éléments donnent à Carl de penser que chaque individu est unique et dispose d'un type de personnalité. Et nous démontrons que c'est en fonction de cette différence que chaque individu gère les troubles dont il fait face.

Enfin la théorie de la mentalisation de Marty (1991) intervient dans cette recherche comme la petite fraise placée au-dessus d'un gâteau bien doré pour le rendre irrésistible et plus formidable. Ayant précédemment démontré que la mentalisation renvoie à la capacité de

comprendre les phénomènes et tout ce qui se passe en nous, les interpréter et leur donner du sens, nous insistons maintenant qu'elle est indissociable de la notion de résilience en psychologie clinique. C'est pourquoi nous avons abordé la mentalisation comme étant un pilier de la résilience. L'on ne saurait être à l'abri des troubles mentaux si on ne les comprend pas. On ne saurait les prendre en charge si on ne leur donne pas du sens. Ainsi en faisant le lien entre notre sujet de recherche et le rôle joué par la mentalisation, on comprend que celle-ci n'est pas une option dans le processus de gestion des comorbidités des schizophrènes, mais une loi.

6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

L'objectif de cette recherche était d'analyser comment la capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la gestion des comorbidités de ces derniers . A partir d'une analyse factorielle, nous avons aisément ressorti nos hypothèses de recherche en stipulant que la gestion des comorbidités des schizophrènes est fonctions des tuteurs de la résilience, de la personnalité et de la capacité de mentalisation. Toutefois nous avons pu atteindre notre objectif à travers une étude de cas sur deux participants atteints de schizophrénie forme simple internés à l'hôpital Jamot de Yaoundé. La collecte des données a été faite à l'aide de trois techniques : l'observation participante, des entretiens semi-directifs, les tests tels que le DAST-20 et le YALE de BROWN et l'échelle de résilience. Ces derniers nous ont permis d'établir un rapport significatif entre les différentes variables. Enfin une analyse de contenus thématique a été réalisée. Nous avons obtenu deux sortes de données convergentes.

Les résultats de l'observation participantes et des entretiens semi-directifs nous montrent que chaque individu est doté d'une personnalité qui lui est propre et de part cette personnalité il a une façon unique de penser d'agir d'interagir de se comporter et s'y prendre face à un trouble ou à n'importe quel. Ainsi nous avons éprouvé un réel plaisir à observer cette ferme différence entre les individus qui se déploient dans leurs processus physiologiques. Ce processus qui se déroule dès l'entrée du patient au service psychiatrique jusqu'à son rétablissement complet est un espoir pour tout schizophrène se trouvant en état de crise. Cet espoir est d'autant plus pressant à la lecture des différents tests car fort est de constater que la courbe des comorbidités est au plus haut niveau lorsque celle de la résilience est au plus bas niveau. Par contre c'est tout le contraire lorsque celle de la résilience monte. Tout ceci a été formulé à travers les données collectées et évaluées avec nos différents outils. Et nous arrivons à tirer les conclusions

suivantes : la gestion des comorbidités des schizophrènes en situation de prise en charge est fonction de leur capacité de résilience.

6.2.1 Tuteurs de la résilience et gestion des comorbidités

Notre objectif était de montrer que les tuteurs de la résilience favorisent la gestion des comorbidités des schizophrènes en situation de prise en charge. En nous basant sur l'idée de Cyrulnick et Anaut (2005) selon laquelle « l'approche de la résilience considère l'individu à partir , de ses potentiels de résistance et de rétablissement en tant que sujet capable de trouver face à l'adversité des réponses adaptatives variées qui lui permettent de se construire malgré où à partir des situations délétères au traumatogènes » nous y sommes parvenus avec beaucoup d'aisances.

En effet, les tuteurs de la résilience tels que nous avons abordés dans cette recherche se présentent comme la clé qui permet aux sujets de se débarrasser des comorbidités telles que les addictions et les troubles obsessionnels compulsifs.

Au cours de cette recherche, Pasta a usé de ces tuteurs de la résilience pour se débarrasser des troubles obsessionnels compulsifs et retrouver progressivement son équilibre psychique et son bien-être. Se faisant, il a fait montre des compétences suivantes : habilités de résolution des problèmes, l'autonomie, la capacité de distanciation face à un environnement perturbé, des compétences sociales, l'empathie, la sociabilité, la popularité et la perception des relations positives avec les autres. Les éléments sont réalité les tuteurs de la résilience. La vie où a été marquée par cette compétence et où il a pu gérer ses troubles obsessionnels compulsifs. Il s'est réintégré dans la société et vie désormais en homme nouveau.

Les tuteurs de la résilience n'ont pas seulement favorisé la disparition des troubles obsessionnels compulsifs chez Pasta, ils ont également contribué à l'élimination des addictions de Ndzeutuna.

Autrefois il fumait et prenait toute sorte de drogue, mais grâce aux facteurs de la résilience il est appelé à être social et populaire or il est interdit de fumer en public. Ce qui l'oblige à s'abstenir de fumer. L'environnement des fumeurs et des consommateurs de drogue n'est pas toujours un environnement stable. Or les tuteurs de la résilience l'obligent à éviter de tels endroits pour y arriver, il se trouve obligé d'abandonner ces drogues et ces autres substances

la plupart des adultes n'aiment pas les accros aux drogues alors, pour percevoir des relations positives avec ceux-ci, il se trouve obligé de mettre de côté les drogues.

6.2.3. Fonction de la personnalité et gestion des comorbidités

Notre objectif ici était de saisir comment les fonctions de la personnalité des schizophrènes en situation de prise en charge favorisent la gestion de leurs comorbidités et nous sommes certains d'avoir atteint cet objectif car les résultats collectés nous ont montré que les performances de nos participants allaient en droite ligne avec nos attentes. Les personnalités de nos participants renvoient directement à des personnalités fonctionnelles. A ce propos Roger (1951) insiste sur l'approche selon laquelle chaque individu est doté des compétences qui lui sont propres, qui lui procurent une façon particulière d'agir face à la maladie. En effet, tout homme est une histoire un être complètement différent des autres. Cette différence traduit aussi les différentes façons d'agir face à la maladie et nous aurons à faire deux catégories d'individus ceux qui s'en sortent et ceux qui y sombrent. Dans notre cas nos participants s'en sortiront victorieux face aux comorbidités de la schizophrénie parce qu'ils sont rogers (1951) des personnalités fonctionnelles qui s'explique par une forte créativité, une liberté de choisir et un caractère constructif, le développement, la confiance en soi.

Parlant de Pasta, nous avons vu comment sa personnalité fonctionnelle lui a permis de réduire de façon significative ses troubles obsessionnels compulsifs.

Il a fait montre de créativité en prenant sur lui, la lourde responsabilité de créer une provenderie dans un coin de la ville de Yaoundé où le besoin est pressant en se comportant ainsi il parvient et surtout de façon inconsciente à gérer le trouble obsessionnel compulsif qui l'accablait. Il a choisi librement de le faire car il est d'abord caractérisé par le principe de liberté de choix. Il choisit ce qu'il veut et sans contrainte. Il y a quelques temps, il était victimes des idées obsessionnelles irrationnelles qui l'obligeaient à avoir des comportements inadaptés, mais ces derniers temps il pense à son entreprise et son comportement est désormais adapté aux situations. Son caractère constructif participe également à ce merveilleux succès.

L'observation d'une personnalité fonctionnelle chez Ndzeutuna à également favorisé la gestion de ses addictions son expérience et son histoire déterminant la moitié dont il a pu se débarrasser des comorbidités qui ont été pour un véritable handicap.

En effet, il est le type de personne qui montre une grande facilité pour répondre à tous les besoins de manière équilibrée en toute circonstance, il évite le mieux les situations compliquées et controverses, ce qui marque son caractère constructif.

En outre sa vie toute entière est marquée par un développement personnel qui se caractérise par ses multiples compétences sociales. Nous notons également qu'il a une forte confiance en soi et a un sens de créativité. A cet effet il crée son propre business qui l'occupe et l'évite de se trouver dans des situations où il fait à nouveau face à l'alcool et aux drogues.

6.2.3. Capacité de mentalisation et gestion des comorbidités

Notre dernier objectif était de comprendre comment la capacité de mentalisation des schizophrènes favorise la gestion des comorbidités de ceux-ci. Pour atteindre cet objectif, nous avons comme dans le cas de nos deux précédents objectifs analysé les résultats obtenus puis les entretiens semi-directifs ce qui nous a permis de voir que notre objectif a été atteint.

Marty (1991) présentait la mentalisation comme les dimensions de l'appareil mental en ce qui concernent la quantité et la qualité de représentation chez un individu. Ce sont ces représentations qui ont permis à Pasta de se débarrasser du trouble obsessionnel compulsif. Du moins cette représentation a contribué à la gestion de ce trouble et à l'élaboration d'une capacité de mentalisation laquelle lui permet de prendre en considération avec une grande maturité le monde dans lequel il se trouve. Les événements qui se présentent à lui touchent son affectivité et déclenche des excitations qu'il convient de décharger. C'est dans ce sens qu'on va voir comment il se soucie des uns et compatit à la souffrance des autres, il les vient en aide, il met en valeur son courage et sa créativité au service de sa nation et plus. Ces compétences prennent de l'ampleur plus il se sent débarrasser de son trouble. Cette mentalisation lui a permis de rendre son environnement social plus prévisible car la collecte de nos données nous a montré comment il sait désormais anticiper et donner un sens à ce que les gens font et aux. Elle l'a également aidé à prendre conscience de ses propres actions et émotions à comprendre l'impact qu'elles peuvent susciter chez les autres. Son affectivité mentalisée lui permet également de contenir ses émotions et de mener une vie normale.

Plus loin nous voyons le bénéfice de cette capacité de mentalisation chez Ndzeituna. Elle part des représentations qu'ils donnent aux choses et aux phénomènes qui l'entoure. Il arrive d'abord à représenter la cigarette et les drogues comme nocifs ensuite il arrive à comprendre

qu'il a plus perdu qu'à gagner en fumant et en étant adepte aux drogues. De plus en compte les connotations négatives que les gens ont en l'endroit des drogués. La pensée sur son être ne le permet pas d'ignorer celle des autres. Il interprète et comprend les causes psychologiques de son comportement et de celui des autres. En le faisant ainsi il rationalise les phénomènes et agit comme une personne intègre dépourvu des soupçons de toute pathologie.

6.4. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS

Nos observations empiriques nous ont permis de formuler notre problématique aboutissant à la question de recherche suivante : « comment est-ce que La capacité de résilience des schizophrènes favorise-t-elle la gestion des comorbidités de ces derniers ? » Elle a orienté les critères opérationnels qui nous ont permis de bien mener notre étude. Les résultats obtenus ont été plutôt concluants en accord avec les objectifs que nous nous étions fixés.

Notre objectif général était de montrer que la capacité de résilience des schizophrènes en situation de prise en charge favorise la gestion des comorbidités de ces derniers. Après toutes les investigations menées et relatées dans les chapitres précédents nous avons montré qu'un score très élevé à l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) entraîne une diminution des scores aux tests mesurant les comorbidités que nous avons abordées tout au long de cette recherche. Par contre un faible score à l'échelle de résilience traduit une vulnérabilité face aux comorbidités de la schizophrénie. Ce qui confirme l'hypothèse selon laquelle la gestion des comorbidités des schizophrènes est fonction de leur capacité de résilience. Cette vérification nous procure une satisfaction semblable à celle de Piedmont (1998) lorsqu'il observe un soulagement chez les personnes victimes des troubles mentaux. Et ce soulagement est relié grâce à la résilience dans la santé mentale. Ainsi comme nos résultats nous ont montré que la capacité de résilience dans le contexte de prise en charge a un lien significatif avec la gestion des comorbidités des schizophrènes alors nous pouvons revenir sur nos objectifs avec autorités.

Notre premier objectif était d'appréhender comment les tuteurs de la résilience contribuent à la gestion des comorbidités chez les schizophrènes. Les résultats obtenus nous ont montré que ces tuteurs sont effectivement significativement présents chez nos participants. Ce qui leur donne de prendre contrôle sur leur vie et mener une vie normale. Dans la même optique les penseurs Torgalsboen et Rund (2010) cités par Etet (2017) avaient découvert une corrélation entre les traits d'optimisme de pouvoir pensée de résilience et de rétablissement en

schizophrénie et plus loin de ses comorbidités. Encore une évidence que la résilience a bien été faite et que ces personnes sont prêtes à repartir vers les autres.

Notre deuxième objectif était de saisir comment la personnalité du schizophrène participe à l'élaboration de sa capacité de résilience et par conséquent à la gestion de ses comorbidités. Les résultats obtenus nous ont permis de conclure que c'est effectivement le cas. Il était question pour nous tester cette hypothèse et nous avons découvert sur le terrain en le faisant qu'il s'agit des personnalités hautement fonctionnelles tel qu'abordé par Rogers (1951). Ce sont ces fonctions de la personnalité qui ont énormément contribué à l'élimination de ces comorbidités leur ont donné de croître et de se reconstruire. Pour aller plus en profondeur nous pouvons voir les auteurs Andresen, Oades, et Caputi (2003) qui abordent la personnalité dans un contexte de reconstruction et de résilience. Ils affirment qu'il y a des personnalités qui paraissent ne pas être complètement débarrassé des symptômes mais savent comment gérer la maladie. C'est savoir qui leur donne de gérer les comorbidités.

Notre troisième objectif était de : comprendre comment la capacité de mentalisation contribue à la gestion des comorbidités de ces derniers. Nous pensions avant d'aller sur le terrain qu'il fallait bien que les schizophrènes arrivent à se faire des bonnes représentations avant de songer à un possible rétablissement. C'est objectif est à la fois un challenge pour le chercheur et pour les patients. Car y arriver n'est pas chose facile et le démontrer n'est pas aisé. Etet (2017) montrait déjà son inquiétude en disant « comment peut-on rebondir sortir d'un état de crise si l'on reste enfermé sur des penser négative ?» Pourtant elle est arrivée à démontré qu'une bonne mentalisation est la clé du rétablissement chez les schizophrènes. C'est également ce que nous avons constaté dans cette recherche à travers les données que nous avons collectées.

Toutes ces modalités doivent être présentes chez un individu schizophrène afin de lui permettre non seulement de résilier mais surtout de gérer ses comorbidités, comme l'affirme Torgalsboen (2012) après un recueil des données auprès d'anciens schizophrènes. D'où la particularité de notre travail à savoir d'évaluer la gestion des comorbidités des schizophrènes en fonction de leur capacité de résilience et après l'avoir fait de chercheur les prédicteurs de cette résilience afin de les renforcer en dehors du milieu hospitalier. Etant entendu qu'ils pouvaient se trouver dans la personnalité, les tuteurs de la résilience et à la capacité de

mentalisation. Nous avons mené des investigations grâce aux instruments adéquats et le lien a été vite établi.

Nous avons remarqué qu'après un certain temps passé à l'extérieur de l'enceinte des murs de l'hôpital les patients souffrant de schizophrénie ont tendance à y revenir ayant encore faire une crise. Ce qui va en contradiction avec la résilience qui n'admet pas que l'on rechute face à une crise mais plutôt que l'on s'y adapte. Sachant qu'il existe des témoignages des patients schizophrènes qui n'ont pas refait des crises depuis des années et que nous avons pu rencontrer en consultation externe à l'hôpital Jamot lorsqu'ils venaient faire des visites contrôles de routine. Egalement d'autres patients affirment être en rémission et l'on peut parcourir des littératures sur ces derniers avec des témoignages à l'appui comme l'ont montré les travaux d'Andresen & al..(2003)

Ainsi comment favoriser l'acquisition de cette capacité de résilience et la rendre plus forte et difficilement ébranlable pour lui permettre de demeurer dans cet état résilient et de parvenir à ce rétablissement dont nous parle la littérature ? La solution selon nous, consiste à élaborer des psychothérapie cognitivo-comportemental et systémique familiale car cette recherche nous a également permis de voir le rôle de la famille dans cette situation de prise charge.

6.5 .DIFFICULTÉS ET LIMITES DE L'ÉTUDE

Dans cette étude, nous nous sommes senti à l'aise de suivre le canevas d'un travail de recherche scientifique, avec une partie théorique et une autre méthodologique. Nous nous sommes rendus sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses et de tirer des conclusions.

Cependant nous n'avons pas été à l'abri des difficultés qui ont fait naitre des limites dans notre étude. Lesdites limites étaient sur plusieurs plans.

Sur le plan théorique peu sont les auteurs francophones qui ont travaillé sur la résilience en schizophrénie et qui aient mené des études sur lesquelles nous aurions pu nous appuyer afin de mieux étayer notre sujet. Pourtant nous avons trouvé plusieurs articles de notre domaine, seulement qu'ils étaient en ligne car pour dire vrai nous avons beaucoup travaillé sur internet. Non seulement lesdits document n'était pas disponibles il nous a également été demandé de

passer lire à la boutique ou encore de les commander pour qu'ils partent des Etats-Unis jusqu'au Cameroun ce qui aurait pris un temps fou car devant certainement voyager par bateau. Aussi il n'y pas de honte à affirmer que la bibliothèque de l'Université de Yaoundé ne dispose pas tous les documents indispensables pour notre formation, notamment ceux nécessaire pour la réalisation d'un tel chef-d'œuvre.

Sur le plan méthodologique, nous avons également rencontré quelques difficultés notamment dans l'usage des tests. En effet nos deux participants étaient aussi différents de par leurs comorbidités et nous l'avons constaté dès le premier entretien. Or d'un point de vue méthodologique nous sommes contraints de soumettre les mêmes tests à tous les participants se faisant nous avons par exemple fait passer le YALE de BROWN à Ndzeutuna tout en sachant qu'il était sans effet. Il en est de même de même pour le DAST-20 que nous avons administré à Pasta. Aussi nous aurions bien voulu utiliser un test de personnalité qui met en exergue les spécificités de la personnalité telles que abordées par Carl Rogers malheureusement nous ne l'avons pas trouvé. C'est n'est que dans l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993) que nous avons pu retrouver ces particularités de la personnalité et nous nous sommes consolé avec cet espoir tout en demeurant dans un véritable dilemme, celui de savoir s'il serait judicieux d'utiliser un test des traits de personnalité.

Nous admettons avoir été limité sur le plan spatio-temporel et nous avons été également pénaliser par les tristes conséquences qu'ont engendrées la maladie à Corona virus. Certes vrai cette recherche s'est déroulée sur une longue période mais celle-ci était discontinuée or nous aurions bien voulu avoir un temps précis pour continuer cette recherche. Le comble dans cette affaire c'est qu'à un moment de notre recherche nous avons coupé tout contact avec nos participants après la mise au point des mesures barrières prises par gouvernement. Nous n'avons donc pas pu garder l'œil sur nos patients afin de voir l'évolution de leur résilience. Pendant les périodes au nous avons été contraints d'aller visiter nos participants dans leur cadre privé, nous n'avons pas eu assez de temps pour mieux étendre nos analyses.

6.6 SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Dans le vaste champ de la résilience, plusieurs travaux se sont déjà inscrits, et il est important que nous puissions apporter notre modeste contribution à la liste, car nous avons la ferme conviction que là réside la clé du rétablissement des maladies mentales et précisément des

comorbidités de la schizophrénie. Nous nous sommes intéressés à l'effective capacité de résilience chez les schizophrènes accablés par les comorbidités de leur maladie, nous avons trouvé que la personnalité et la capacité de mentalisation sont primordiales dans l'élaboration de cette capacité du patient à accroître sa résilience. Et nous pensons aussi avec assurance que la dynamique familiale est une manœuvre à ne pas négliger dans ce processus. Dans la même lancée, nous suggérons que la recherche ne s'arrête pas là, car celle que nous avons menée dans ce mémoire n'était que la pose de la première pierre vers un projet encore plus vaste.

Partant de notre posture d'acteur en santé mentale, nous avons observé que depuis toutes ces années pendant lesquelles nous côtoyons le terrain et ses réalités, que lorsqu'un patient atteint de schizophrénie est interné à l'hôpital puis mis sous soin et traitement aux neuroleptiques et autres médicaments, il parvient quelques temps après à reprendre contact avec la réalité et à voir une disparition cependant ce dernier peut être encore être en proie des comorbidités. En d'autres termes on dit qu'il est stable et qu'il pourra bientôt sortir de l'hôpital si ses comorbidités sont résolues, il aurait une parfaite santé. Le patient semble donc physiquement et mentalement remis du coup dur qu'il vient de vivre et qui se présente pour lui comme une phase de crise. C'est le retour au bien-être qui est appelée la résilience. Le patient ayant acquis sa capacité de résilience se remet peu à peu de ses symptômes de ses comorbidités et lorsqu'il est enfin prêt à retourner dans le monde extérieur, ou de continuer ses activités sans contrainte on l'encourage dans cette perspective. Voir ces patients partir de l'hôpital dans un état de bien-être ou parvenir à se réinsérer dans la société qu'ils ont quittée plutôt pour l'hôpital, sans difficultés, est une véritable satisfaction pour les agents de la santé mentale que nous sommes. Cependant, la difficulté se pose au niveau de ce que nous finissons par revoir les mêmes personnes venir à l'hôpital pour les comorbidités relatives à cette schizophrénie. Ce qui jette un doute sur la stabilité ou sur le caractère permanent des capacités de résilience développées pendant la prise en charge médicale. Et qui montre qu'il n'y a aucun suivi post cure qui est mis en place. Les patients respectent leurs rendez-vous avec le psychiatre soit mensuellement soit trimestriellement, en fonction de l'observation faite par le spécialiste. Cependant il n'y a aucun suivi psychologique post cure mis sur pied par l'hôpital encore moins par les psychologues eux-mêmes qui sont pourtant des experts en la matière et il faudrait y remédier. En mettant par exemple sur pied une unité de prise en charge post cure des patients de schizophrénie.

Pendant le processus thérapeutique les patients sont soignés à l'aide de médicaments, puis de temps en temps les infirmiers et les psychiatres leur demandent en 2 ou 3 minutes comment ils vont et ça s'arrête là. Les familles ne sont pas suffisamment être aptes à mener le suivi de leurs enfants car la plupart déjà ne comprennent pas grand-chose à ce dont ils souffrent. Or nous savons que l'entourage joue un rôle capital dans la résilience et dans la durabilité de cette dernière, bien que nous n'ayons pas suffisamment parlé dans notre recherche, car nous sommes davantage aux facteurs personnels ou intrinsèques de la résilience. Ainsi, nous avons administré nos outils à nos patients et sommes parvenus à la conclusion que la capacité de résilience des schizophrènes dépend en grande partie de la personnalité du sujet et de sa capacité de mentalisation. Ainsi donc, le problème n'est pas au niveau de l'acquisition de cette capacité de résilience, mais plutôt au niveau de la préservation et même de son renforcement en dehors du milieu hospitalier.

C'est pourquoi nous suggérons afin de faire évoluer la science et particulièrement d'accroître les connaissances dans le domaine de la prise en charge des personnes schizophrènes, de faire des recherches allant dans le sens de mettre sur pied une psychothérapie basée sur les éléments constructeurs de la personnalité telle que Carle Rogers la conçoit, les capacités de résilience des schizophrènes à l'extérieur de l'enceinte des murs de l'hôpital, dans ce monde hostile et pourvu de difficultés qu'ils sont appelés à affronter au quotidien. Et ainsi, nous pourrions contrecarrer l'apparition de ces comorbidités et permettre au schizophrène de vivre cet état de rétablissement qu'ont évoqué les auteurs dans la littérature de la résilience.

La politique du secteur de la santé publique au Cameroun s'intéresse de très près au bien-être des personnes souffrantes de maladies mentales et fait de son mieux pour renforcer leur prise en charge mais cela reste encore très insuffisant. C'est pourquoi nous proposons les suggestions suivantes.

- ***Au ministère de la santé publique.***

Nous apprécions d'abord les efforts qui ont été faits par ce ministère déjà en constituant certains hôpitaux d'un service de psychiatrie pour la prise en charge des malades mentaux. Cependant, cela est très loin du compte, car selon les statistiques du programme de la santé mentale (2016), le document le plus récent sur la stratégie de prise en charge des maladies mentales au Cameroun, nous voyons qu'il y'a très peu d'hôpitaux qui sont dotés d'un tel service

dans l'ensemble du territoire camerounais. Heureusement l'hôpital Jamot, du CHU, et de l'hôpital Général; à Douala de l'hôpital Laquintini et de l'hôpital Général ; puis de l'hôpital régional de Garoua, celui de Bafoussam, celui de Maroua, et enfin celui de Ngaoundéré font la différence. Cela fait au total neuf hôpitaux d'Etat dotés d'un service de psychiatrie pour dix régions et pour une population camerounaise dépassant les vingt-sept-millions (27 000 000) d'habitants. C'est largement en dessous de la moyenne. Bien qu'il y'ait des acteurs qui prêtent un coup de main dans la prise en charge des malades mentaux, il faudrait que le ministère de la santé publique dote davantage d'hôpitaux d'Etat d'un service de psychiatrie et ce dans les dix régions et de manière significative et représentative. Il faudrait aussi qu'ils subventionnent davantage les médicaments des malades mentaux car la plupart sont à prendre à vie et extrêmement coûteux.

○ *A l'hôpital Jamot*

Puisque nous avons fait assez de temps à l'hôpital Jamot ainsi nous avons beaucoup de suggestion à leur endroit. Cette institution, en accord avec le ministère de la santé publique, n'étant pas toujours sur le terrain et attendant des rapports des hôpitaux afin de connaître leurs différents besoins, pourrait améliorer les conditions de vie et les infrastructures d'accueil des patients. Nous avons remarqué par exemple au moment où nous y étions qu'il y'avait une seule chambre dans les pavillons d'hospitalisation A et B dont les toilettes fonctionnaient encore, les autres en très mauvais état. Or déjà même il y'a environ cinq lits par chambres pour une seule toilette. Ils ne peuvent donc se mettre à l'aise aisément. Ils sont obligés d'aller dans une seule douche et pourtant il y'a environ dix chambres d'hospitalisation. Il faut aussi noter la présence d'une odeur nauséabonde qui se dégage de ces chambres. L'hygiène devrait y être faite quotidiennement et en profondeur. L'effectif par chambre est pléthorique car les chambres sont petites et cinq personnes plus les cinq garde-malades, cela fait environ dix personnes dans cet espace clos. L'hôpital pourrait construire d'autres salles d'hospitalisations, il y'a assez d'espace. Nous avons d'ailleurs également vu un bâtiment en construction à l'abandon alors qu'il en manque cruellement.

○ *Aux familles*

La peine éprouvée par les familles des personnes atteintes de la schizophrénie est sans doute redoutable. Nous imaginons la douleur que l'entourage immédiat du schizophrène peut ressentir face aux manifestations de leurs comorbidités. Il n'est pas facile de voir un être aimé souffrir à répétition, être accros à l'alcool et aux drogues, ou avoir des pensées irrationnelles. Autant d'attitudes qui ne sont pas faciles à supporter, mais nous vous suggérons de tenir fermes et de continuer à fournir à votre proche qui est malade de l'affection et un environnement moins stressant dans lequel il pourrait renforcer sa capacité de résilience ou encore parfaire son rétablissement des comorbidités qui l'accablent. Nous vous encourageons aussi à vous renseigner auprès des médecins et/ou de d'autres personnels médicaux au sujet des comorbidités dont souffrent vos proches. Nous avons été surpris en conversant avec les garde-malades qui sont le plus souvent les mamans ou n'importe quel membre de la famille de constater qu'ils ne connaissent même pas le diagnostic qui a été fait sur leurs proches. Non, il faudrait vous renseigner auprès des personnes ressources dans l'hôpital, car c'est votre droit et votre devoir. Ensuite vous devriez vous informer par rapport à la maladie même et lire des livres, articles, documents et même faire des recherches à internet pour savoir comment vivre avec une personne qui souffre des comorbidités de la schizophrénie et comment lui venir en aide. De plus vous devez renforcer les liens entre les membres de la famille y favoriser la cohésion et surtout veiller à ce que la communication soit véritablement fonctionnelle.

○ *Aux psychologues*

Le psychologue est le spécialiste en santé et la référence en santé mentale. Ainsi son apport est donc fortement attendu dans l'amélioration des conditions de vie des malades mentaux et particulièrement des schizophrènes, car cette affection étant à vie et rarement isolés des comorbidités, ils auront donc besoin d'un soutien psychologique afin de se stabiliser dans cet état de bien-être psychosocial atteint grâce à sa capacité de résilience. Et cet accompagnement n'est rien d'autre que la besogne du psychologue. Nous avons constaté sur le terrain que les psychiatres se plaignaient du fait de l'absence des psychologues dans les hôpitaux et particulièrement aux pieds des malades, car ils attendent qu'il y'ait d'abord une rémunération financière avant de se déplacer et très peu sont les permanents des formations sanitaires. Notre suggestion aux psychologues est de nous rappeler que l'œuvre que nous accomplissons dans

notre travail est d'abord vocationnelle afin de soulager le patient et améliorer ses conditions de vie. Alors sortons de notre zone de confort et allons vers les patients dans les hôpitaux qui ont besoin de soutien psychologique. En commençant déjà à voir comment monter un modèle de psychothérapie pouvant maintenir la capacité de résilience.

Enfin, nous avons pu interpréter les résultats obtenus de nos analyses à l'aide des écrits de certains auteurs et il en est ressorti que plusieurs ont aperçu la perspective d'un rétablissement complet en schizophrénie c'est-à-dire avec éradication des comorbidités ; ces derniers ont même partagé des témoignages des anciens diagnostics de schizophrènes qui aujourd'hui sont rétablies. La particularité que notre étude a apportée est le moyen de favoriser ce rétablissement des schizophrènes en se basant sur leur personnalité et leur capacité de mentalisation. Ainsi en fonction de la personnalité (hautement fonctionnelle) et de l'apport de la mentalisation l'on peut garantir au schizophrène une capacité de résilience riche et prête à résister à l'épreuve du stress le plus éprouvant afin de lui permettre de vivre un bien-être psychosocial, même et surtout à l'extérieur de l'enceinte des murs de l'hôpital. En plus les psychoéducatrices doivent être de façon continue.

CONCLUSION GENERALE
**CONCLUSION
GENERALE**

Nous avons intitulé notre recherche « capacité de résilience et gestion des comorbidités chez les schizophrènes : étude de cas ». Elle a été abordée dans le champ de la psychopathologie et clinique. Notre ambition était d'examiner la manière dont la capacité de résilience des schizophrènes retentit sur la gestion de leurs comorbidités. En effet, les travaux antérieurs notamment ceux de Cyrulnik 2001 & Anaut, 2005 qui s'intéressent sur la résilience, renseignent que cette fonction est présente chez tous les individus et leur donne la capacité de surmonter toutes les épreuves. Torgalsboen (2012) parlant de cette résilience affirme que c'est elle qui permet de garder l'équilibre psychique des schizophrènes. Ainsi, certaines personnes bien que diagnostiquées schizophrènes, remplissent tout de même de multiples et hautes fonctions dans notre société. Ces personnes ont des postes de responsabilités au sein de la communauté et sont d'une utilité incontestable. Cette capacité qu'ont ces personnes à résister à l'épreuve de la schizophrénie et en tirer profit pour se renforcer font d'elles des personnes résilientes. En d'autres termes, il s'agit de la capacité pour ces sujets en proie à une souffrance quelconque, à une maladie de rebondir et ainsi de parvenir à un bien-être global.

Or Rogers (1951) soutient plutôt que chaque individu a sa façon de se comporter face à la maladie et détient une personnalité unique qui le différencie des autres. Celle-ci de façon inconsciente contribue au rétablissement de l'individu. Selon lui on peut avoir deux catégories de personnalité, celles dites fonctionnelles qui peuvent facilement s'adapter aux situations difficiles et les non fonctionnelles, qui n'arrivent pas à surmonter les obstacles. La survenue des comorbidités de la schizophrénie plonge donc ces derniers dans un véritable désarroi. Voilà pourquoi nous avons cherché à comprendre les mécanismes qui favorisent la gestion de ces comorbidités. En prenant en compte tout ce qui a été dit précédemment nous nous sommes donc posé la question suivante : *comment la capacité de résilience favorise-t-elle la gestion des comorbidités des schizophrènes ?*

Pour y répondre, nous nous sommes appuyés sur la théorie de la résilience d'Anaut (2005) et révisée par Cyrulnik (2014) qui nous a orienté à émettre l'hypothèse selon laquelle : *La capacité de résilience des schizophrènes favorise la gestion de leurs comorbidités.*

L'objectif visé était alors d'analyser comment la capacité de résilience de ces derniers favorise la gestion de leurs comorbidités.

Pour atteindre l'objectif de cette étude, nous avons fait usage de la méthode clinique adossée sur l'étude de cas. Suivant nos critères d'inclusion et de non inclusion, nous

avons obtenu deux participants (l'adolescent et l'adulte) dont le premier consomme abusivement l'alcool et toute sorte de drogue alors que le deuxième a des troubles obsessionnels compulsifs. Ils ont été consultés à l'hôpital Jamot et ont été préalablement déclarés schizophrènes. Après l'élaboration du guide d'entretien, les données ont été collectées au moyen des entretiens semi-directifs. Ces entretiens ont été analysés grâce à deux techniques d'analyse. D'abord, nous avons fait usage de l'analyse de contenu de type thématique qui nous a donné trois thèmes principaux. A savoir : la survenue des comorbidités, le vécu de la comorbidité, et la gestion des comorbidités. Pour compléter l'analyse thématique nous avons également fait une analyse séquentielle qui nous a permis de saisir la suite des événements vécus par nos participants et la façon dont ils ont géré leurs comorbidités.

Les résultats ont été interprétés à travers diverses approches de la théorie de la résilience qui rend compte de la façon dont les schizophrènes gèrent leurs comorbidités. Avec Cyrulnik (2001) et Anaut (2005) nous arrivons à croire que la gestion des comorbidités des schizophrènes est fonction des tuteurs de résilience que ceux-ci arrivent à développer. En nous référant à Rogers (1951) et à Etet (2019) nous arrivons à conclure que les fonctions de la personnalité contribuent à la réduction des troubles qui viennent s'associer au sort des schizophrènes. La capacité de mentalisation telle qu'éclairé par Marty (2012) est un élément fondamental dans le processus de gestion des comorbidités des schizophrènes.

Au regard de nos résultats, nous pouvons dire que les approches utilisées dans l'interprétation des données restent pertinentes dans l'explication du problème que pose cette étude. En effet l'analyse des données a montré que c'est le fait d'associer les tuteurs de la résilience, aux fonctions de la personnalité et à la capacité de mentalisation des schizophrènes que ceux-ci arrivent à gérer leurs comorbidités

Nous avons donc conclu cette recherche en justifiant l'idée selon laquelle, en fonction des personnalités, les schizophrènes réagissent différemment au cours de la prise en charge. Certains présentent une capacité de résilience laquelle influence totalement la gestion des comorbidités qui surviennent. De tout ce qui précède, développer les facteurs majeurs qui interviennent dans la résilience des schizophrènes n'est pas une option chez ces derniers mais une loi.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Alan, M. (2009). *Stress, coping, and development: An integrative perspective*. New York: Guilford

Alvin, P. & Marcelli, D. (2005). *Médecine de l'adolescent*. Elsevier Masson.

American Psychologie Association. (2006). *DSM-IV-TR: Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Manteaux* (4^e éd. Rév.) (J.-D. Guelfi & M.-A. Crocq, Trans.). Paris : Masson

Anaut, M. (2003). *La résilience , surmonter les traumatismes*, Paris : Nathan Université.

Anaut, M. (2004). *La résilience en situation de soins : approche thérico-clinique* : Revue recherche en soins infirmiers. N°77

Anaut, M. (2005). *Soigner la famille*, Paris : Armand colin.

Baliaba, S. P. (2005). « *Impact de la situation de rééducation sur le Surmoi du délinquant* », mémoire de DEA en psychopathologie, Université de Yaoundé I.

Bowlby, J. (1978). Attachement et perte (Vol. 1-3). *La perte : tristesse et dépression*. Paris: Presse Universitaire de France.

Bowlby, J. (1988). *A secure base: parent-child attachment and healthy human development*. London: Routledge.

Braconier, A. (1998). *Psychologie dynamique et psychanalyse*. Paris : Masson

Corellette, P. (1997). L'étude de cas au service de la recherché. *Recherche en soin infirmiers*, 50, 81-88

Cyrulnik, B. (2001) . *Parler d'amour au bord du gouffre*. Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (20001) . *Les vilains petits canards* . Paris : Odile Jacob.

Cyrulnik, B. (1999) . *Un merveilleux malheur* . Paris : Odile Jacob.

Duplantier, M.(2011). *Le concept de rétablissement des personnes atteintes de la schizophrénie : prise en compte et implications pour la pratique courante*. Université de Grenoble (France) .
<http://dumas.cnrs.fr/dumas-00639268>

Etet, M.(2019). *Capacité de résilience et gestion des troubles de la personnalité chez les schizophrènes*. mémoire de psychologie université de Douala

Fernandez, L., Catteeuw, M. (2006). *La recherche en psychologie clinique*. Paris,

Nathan

Fernandez, L. Pedinielli, L. (2006). *La recherche en psychologie*. Recherche en Soins infirmiers, 1(84) 41-51.

Ferenczi, S. (1934). *Réflexion sur le traumatisme psychique. Œuvre complète*.

Formarier, M. Jovic, L. (2012). *Les concepts en science infirmière*. Association de la recherche en sciences infirmiers.

Fortin, M.-F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche*. Québec : Chenelière Education

Freud, S. (1905). *Trois essais sur la théorie sexuelle*. Paris : Gallimard.

Freud, S. (1909). *Cinq psychanalyses* (M. Bonaparte & M. Rudolph, Trans.). Paris : PUF.
(Original work published 1992).

Freud, S. (1914). « Pour introduire le narcissisme », dans *La Vie sexuelle*, PUF, 1969.

Freud, S. (1920). *Au-delà du principe de plaisir*. Paris : Payot.

Freud, S. (1967). *Au-delà du principe du plaisir*. In *Essais de psychanalyse*. Paris : Payot.

Freud, S. (1971). *Malaise dans la civilisation* (CH. & J. Odier, Trans.). Paris : Presse Universitaire de France. (Original work published 1929).

Freud, S. & Bleuler. (2003). *L'histoire d'une relation ambivalente* psychothérapie vo.
23 , 31-47

Giordano, Y. (2003). *Conduire un projet de recherche : Une perspective qualitative*. Paris: Éditions EMS.

- Herman, J. (1997). *Trauma and recovery: The aftermath of violence from domestic abuse to political terror*. New York: Basic Books
- Howkes, P. (2010). *Une pensée qui contient : AT et mentalisation*. Dans actualité en analyse transactionnelle (N°134) pages 24 à 41
- Hous, J.S. (18861). *Work stressand Social Support* .Reading A. Addison-Wesley. Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Paris: INSERM.
- Huisman, D. (1972). Psychanalyse et psychologie médicale. *Encyclopédie de la psychologie* .Paris : CEDEX.
- Institut National de la Santé et de le Recherche Médicale. (2003). Facteurs cliniques prédictifs d'abus ou de dépendance. In *Alcool. Dommages sociaux. Abus et dépendance. Expertise collective* (pp. 271-279). Paris : Edition INSERM.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale. (2004). *Psychothérapie : Trois approches évaluées*. Paris: INSERM
- Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé & Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et Toxicomanies (2006). *Drogues et dépendance*. Paris : Editions Inpes.
- Institut Suisse de Prévention de l'Alcoolisme et autres Toxicomanie (2004). *L'alcool dans le corps, effets et élimination*. Lausanne : Auteur. Retrieved from <http://www.sfaispa.ch>
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe : Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(34), 13-40. DOI.3917/CPC.034.OO13.
- Kaës, R. (2010). Le sujet, le lien et le groupe. Groupalité psychique et alliances inconscientes. *Cahiers de psychologie clinique*, 1(34), 13-40. <https://doi.org/10.3917/cpc.034.0013>
- Kaës, R. (2014). *Les alliances inconscientes*. Edi-Dunod, paris (nouvelle présentation).
- Kaës, R. (2015). *L'extension de la psychanalyse pour une méthodologie de troisième type*.

koening, M. & al (2017) . *Le concept de rétablissement en psychiatrie : modes d'appréciation et points de vigilance éthiques : perspective psychologique*

koening, M. (2017) . *Le rétablissement dans la schizophrénie :une transformation longtemp silencieée*: Rhizome: (3), 8-6

Laplanche, J., & Pontalis, J-B. (1978). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF

Larousse (1999). *Grand Dictionnaire de Psychologie*. Montreal (Quebec) : richardson.

Le Blanc, M. (1994). « La conduite délinquante des adolescents et ses facteurs explicatifs ».

Marchand, A., Boyer. R., Martin, M., & Nadeau, C. (2012). *Facteurs prévisionnels du développement de l'état de stress post-traumatique à la suite d'un événement traumatique chez les policiers*. Rapport R-633, 109 pages.

Marty, F. (2011). Traumatisme, une clinique renouvelée. *Le carnet psy*, 6(155), 35-40.
<https://doi.org/10.3917/lcp.155.0035>

Marty, L. & al (2014). *Comment comprendre le processus de rétablissement de pathologie psychiatrique sévère ?* : Pratique en santé mentale , 60 (20) , 47-53

Marty, P. (1991). *La mentalisation et psychosomatique : les empêcheurs de penser en rond*. Paris, payot

Marty, P. (1980). *L'ordre psychosomatique*. Paris:Payot.

Marty, P., M'Uzan, M. (1963). *L'investigation psychosomatique*. Paris : P.U.F.

Marty, P. (1990). *La psychosomatique de l'adulte*. Paris : Presses Universitaires Françaises.

Mayi, M. B. (2005). « La mise à l'aise dans la thérapie », Dans, *L'individuel et le collectif*, Paris : Editions Dianoïa : 262-272.

Mayi, M.- B. (2010). *Psychopathologie et tradithérapies africaine perspectives actuelles*.

Paris : Dianoïa.

Média-Dico (nd). *36 Dictionnaires et recueils*. [Logiciel numérique]

Microsoft® Encarta® (2009) [DVD]. *Mcluhan Marshall*. Microsoft Corporation

- Nguimfack, L. et Scelles, R. (2013). Thérapie familiale et prise en charge des symptômes familiaux s'exprimant à l'école : à propos des cas de fugues et de vagabondage. *Thérapie familiale*, 4 (34), 459-472.
- Organisation Mondiale de la Santé. (2000). *CIM-10. Classification Internationale des Maladies* (Rev.). Paris : Masson.
- Organisation Mondiale de la Santé.(2004). *Surveillance data from the Global School-based Health Health Survey*.Brazzaville : auteur. (AFR: RC57/14).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2007). *Comité d'experts sur les problèmes liés à la consommation d'alcool. Deuxième rapport*. Genève : auteur. (Série de rapports techniques, N°944).
- Organisation Mondiale de la Santé. (2008). *Mesures visant à réduire l'usage nocif de l'alcool*. Yaoundé : auteur. (AFR/RC58/3).
- Ovambe, G-B, (2016). *Etat acrophobique et vécu traumatique au parcours du combattant chez les recrues de l'armée camerounaise* : Une étude de cas.
(Mémoire de Master 2). Université de Yaoundé 1, Yaoundé.
- Parot, F. & Richelle, M. (1996). *Introduction à la psychologie, Histoire et méthodes*. Paris : Presses Universitaires Françaises.
- Pedinielli, J. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris : Presse Universitaire de France
- Rogers, C. A theory of therapy, personality, and interpersonal relationships : As developed in the client centered Framework . In S Koch (Ed)
- Torgalsboen, A. & al (2010). *Maintenance of recovery from schizophrénia at 20 year follow up : what happened ?* *Psychiatry* 73 (1), 10
- Toegalsboen, A. (2012). *Sustaining full recovery in schizophrenia after 15 years does*
- Tsala Tsala, J. P. (2009). Pour une méthodologie de l'intervention. Clinique de la famille camerounaise. Dans *Famille africaines en thérapie* (225-242). Paris : Harmatan.

UNICEF, (1989). *Convention relative aux Droits de l'Enfant*, New York : USA.

Vallet, D. (2009). Actualités cliniques du traumatisme psychique. *L'information psychiatrique*, 85, 161-165. C

Werner, E. & Smith, R.S. (2001). *Journeys from childhood to midlife: Risk, resilience, and recovery*. New York: Cornell University Press.

Weiner, I.B. (2003). *Principles of Rorschach interprétation*, Mahwah, N.J. : Lawrence Erlbaum Associates, 2^e éd.

ANNEXES

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE RECHERCHE

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

Faculté des Arts, Lettres et Sciences
Humaines

Département de Psychologie



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

Faculty of Arts, Letters and Social
Sciences

Department of Psychology

ATTESTATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Jacques-Philippe TSALA TSALA**, Professeur des Universités, Chef du Département de Psychologie, atteste que, NOALE BORIS LEBON. Matricule : **15N296** a libellé son sujet de Master II, option Psychopathologie et clinique ainsi qu'il suit : « capacité de résilience et prise en charge des comorbidités psychopathologiques chez les schizophrènes : étude de cas »

Ses travaux s'effectuent sous la direction du Dr BANINDJEL Joachen.

En foi de quoi la présente attestation lui est délivrée pour valoir et servir ce que de droit.

11 JUN 2020

Fait à Yaoundé le

Le Chef de Département



Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

ANNEXE 2 : FORMULAIRES DE CONCENTEMENTS ECLAIRES

UNIVERSITE DE YAOUNDE

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCE
HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF DES ARTS, LETTERS AND
SOCIAL PSYCHOLOGIY

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné (e) Mr, Mme/MlleTCHINDA PIERRE.....

Avoir été sollicité aux travaux de recherche du mémoire de NOALE Boris Lebon étudiant au département de psychologie de l'université de Yaoundé I, en vue d'obtenir un master II. La recherche a été menée sur le sujet « CAPACITÉ DE RESILIENCE ET GESTION DES COMORBIDITES CHEZ LES SCHIZOPHRENES » son objectif principal est d'analyser comment la capacité de résilience des Schizophrènes favorise la gestion de leur comorbidités. La gestion de ces comorbidités est fonction de la capacité de résilience. Et nous l'explorerons dans ce milieu psychiatrique. La seule condition pour y participer est être Schizophrène. Ce mémoire est dirigé par le professeur BANINDJEL Joachen de l'université de Yaoundé I. cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient provoquées un inconfort. La participation à cette recherche ce fait sur une base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas participer ou de stopper votre manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez d'information à propos de cette étude, vous pouvez nous contacter par cet email noaleboris@48gmail.com

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçue toutes les réponses aux questions que j'ai posé ;
- Les risques et bénéfice m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de sa responsabilité je conserve tous mes droits garantir par la loi ;

J'accepte librement de participer à cette recherche dans des conditions précises.

Fait à Yaoundé , le 24/07/2022

Chercheur

NOALE Boris Lebon

participant

UNIVERSITE DE YAOUNDE

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCE
HUMAINES

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF DES ARTS, LETTERS AND
SOCIAL PSYCHOLOGY

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT LIBRE ET ECLAIRE

Je soussigné (e) Mr, Mme/Mlle NGOUFFO LORENCE

Avoir été sollicité aux travaux de recherche du mémoire de NOALE Boris Lebon étudiant au département de psychologie de l'université de Yaoundé I, en vue d'obtenir un master II. La recherche a été menée sur le sujet « CAPACITÉ DE RESILIENCE ET GESTION DES COMORBIDITES CHEZ LES SCHIZOPHRENES » son objectif principal est d'analyser comment la capacité de résilience des Schizophrènes favorise la gestion de leur comorbidités. La gestion de ces comorbidités est fonction de la capacité de résilience. Et nous l'explorerons dans ce milieu psychiatrique. La seule condition pour y participer est être Schizophrène. Ce mémoire est dirigé par le professeur BANINDJEL Joachen de l'université de Yaoundé I. cette étude n'implique aucun risque, mais certaines questions pourraient provoquées un inconfort. La participation à cette recherche se fait sur une base volontaire et n'est pas rémunérée. Vous avez le droit de ne pas participer ou de stopper votre manière anonyme et confidentielle. Si vous souhaitez d'information à propos de cette étude, vous pouvez nous contacter par cet email noaleboris@48gmail.com

- J'ai bien compris l'objectif de cette étude ;
- J'ai reçue toutes les réponses aux questions que j'ai posé ;
- Les risques et bénéfice m'ont été présentés et expliqués ;
- J'ai bien compris que je suis libre d'accepter ou de refuser de participer ;
- Mon consentement ne décharge pas l'investigateur de la recherche de sa responsabilité je conserve tous mes droits garantir par la loi ;

J'accepte librement de participer à cette recherche dans des conditions précises.

Fait à Yaoundé 22-07-22

Chercheur

NOALE Boris Lebon

participant

ANNEXE 3 : DAMANDE DE STAGE

REPUBLIQUE DU CAMEROUN
Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I
Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines

DEPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE
B.P 7011 Yaoundé (Cameroun)



REPUBLIC OF CAMEROON
Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I
Faculty of Arts, Letters and Socials Sciences

DEPARTMENT OF PSYCHOLOGY
P.O Box 7011 Yaoundé (Cameroon)

**LE CHEF DE DEPARTEMENT
DE PSYCHOLOGIE**

A

**Monsieur le Directeur de l'hôpital
jamot
De yaoundé**

OBJET : Facilitation d'un travail de recherche académique

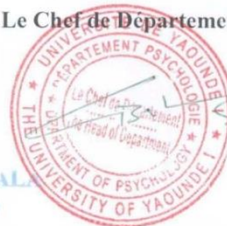
Monsieur le Directeur,

Dans le cadre de leur formation, les étudiants en master II effectuent un travail de recherche, sous la direction d'un enseignant. Dans cette optique, l'étudiant NOALE BORIS LEBON de matricule 15N296 a choisi de travailler sur: «capacité de résilience et prise en charge des comorbidités psychopathologiques chez les schizophrènes» .

A cette issue, nous vous serons gré des mesures que vous voudriez bien prendre, pour faciliter le travail de recherche de cet étudiante, en lui autorisant l'accès aux patients de votre organisation.


Veuillez agréer, monsieur le directeur l'expression de mes sentiments distingués.

Le Chef de Département




Jacques-Philippe TSALA TSALA
Professeur des Universités

ANNEXE 4 : TEST ET ECHELLE



Psychologie Genève

www.psychologie-ge.ch



MENU
Accueil
Troubles
Évaluez-vous
Psychologues
Agenda
Liens utiles
Contact

Échelle sur le trouble obsessionnel-compulsif Yale-Brown (Y-BOCS)

Les questions 1 à 5 ont trait à vos obsessions.

Les obsessions sont des idées, des images ou des impulsions qui s'insinuent dans votre esprit contre votre gré en dépit de vos efforts pour leur résister. Elles ont habituellement comme thèmes la violence, la menace et le danger. Des obsessions courantes sont une peur excessive de la contamination, un pressentiment récurrent de danger, un souci exagéré d'ordre ou de symétrie, une minutie extrême ou la peur de perdre des choses importantes.

Les questions 6 à 10 ont trait à vos comportements compulsifs.

Les compulsions sont des actes que le sujet est poussé à accomplir pour atténuer son angoisse ou son malaise. Ces actes prennent souvent la forme de comportements répétitifs, réglés et intentionnels appelés rituels. L'acte lui-même peut sembler approprié, mais il devient un rituel quand il est accompli à l'excès. Des exemples de compulsions sont des rituels de lavage ou de désinfection, des vérifications interminables, des répétitions incessantes, le besoin de constamment ranger ou redresser des objets et le collectionnisme. Certains rituels sont d'ordre intellectuel, par exemple ressasser toujours les mêmes choses.

Âge:

Sexe: Masculin Féminin

Obsessions: Echelle TOC

1. Temps accaparé par les pensées obsédantes:
 Vos pensées obsédantes occupent quelle partie de votre temps?

<input type="radio"/> Aucune
<input type="radio"/> Moins d'une heure par jour/occasionnelles
<input type="radio"/> Entre une et trois heures par jour/fréquentes
<input type="radio"/> Entre trois et huit heures par jour/très fréquentes
<input type="radio"/> Plus de huit heures par jour/presque constantes

2. Interférence causée par les pensées obsédantes:
 À quel point vos pensées obsédantes nuisent-elles à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos obsessions?

<input type="radio"/> Aucune interférence
<input type="radio"/> Nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
<input type="radio"/> Nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
<input type="radio"/> Nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
<input type="radio"/> M'empêchent de fonctionner

3. Détresse occasionnée par les pensées obsédantes:
 Vos pensées obsédantes vous dérangent-elles?

<input type="radio"/> Pas du tout
<input type="radio"/> Un peu
<input type="radio"/> À un niveau tolérable
<input type="radio"/> Énormément
<input type="radio"/> Je me sens presque constamment dans un état de détresse invalidante

4. Résistance opposée aux obsessions:
Quels efforts faites-vous pour résister à vos pensées obsédantes? Essayez-vous de ne pas en tenir compte ou de les chasser de votre esprit?

<input type="radio"/>	J'essaie toujours de leur résister
<input type="radio"/>	J'essaie de leur résister la plupart du temps
<input type="radio"/>	Je fais certains efforts pour leur résister
<input type="radio"/>	Je cède à toutes mes obsessions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecœur
<input type="radio"/>	Je cède complètement et volontiers à toutes mes obsessions

5. Degré d'emprise sur les pensées obsédantes:
Quelle emprise avez-vous sur vos pensées obsédantes? À quel point réussissez-vous à refréner ou à détourner votre attention de vos obsessions? Pouvez-vous les chasser de votre esprit?

<input type="radio"/>	Je les maîtrise complètement
<input type="radio"/>	J'arrive généralement à les refréner ou à les détourner avec des efforts et de la concentration
<input type="radio"/>	J'arrive parfois à les refréner ou à les détourner
<input type="radio"/>	J'arrive rarement et avec peine à les refréner ou à les chasser de mon esprit
<input type="radio"/>	Je n'ai aucune emprise sur mes obsessions, j'arrive rarement à détourner mon attention même momentanément

Compulsions: Echelle TOC

6. Temps accaparé par les comportements compulsifs:
Quelle partie de votre temps passez-vous à accomplir des actes compulsifs? Combien de temps supplémentaire (par rapport à la plupart des gens) vous faut-il pour effectuer vos activités journalières à cause de vos rituels? Quelle est la fréquence de vos rituels?

<input type="radio"/>	Aucune
<input type="radio"/>	Moins d'une heure par jour/occasionnels
<input type="radio"/>	Entre une et trois heures par jour/fréquents
<input type="radio"/>	Entre trois et huit heures par jour/très fréquents
<input type="radio"/>	Plus de huit heures par jour/presque constants (trop nombreux pour les compter)

7. Interférence causée par les comportements compulsifs:
À quel point vos comportements compulsifs nuisent-ils à votre travail, à vos études ou aux autres activités importantes de votre vie? Y a-t-il des choses que vous ne faites pas à cause de vos compulsions?

<input type="radio"/>	Aucune interférence
<input type="radio"/>	Nuisent un peu à mes activités sociales ou autres, mais ne m'empêchent pas de fonctionner normalement
<input type="radio"/>	Nuisent sans aucun doute à mes activités sociales ou professionnelles, mais j'arrive quand même à fonctionner
<input type="radio"/>	Nuisent considérablement à ma vie sociale ou à mon travail
<input type="radio"/>	M'empêchent de fonctionner

8. Détresse occasionnée par les comportements compulsifs:
Comment vous sentiriez-vous si on vous empêchait de donner libre cours à vos compulsions? Est-ce que cela vous angoisserait?

<input type="radio"/>	Je ne me sentirais nullement angoissé(e)
<input type="radio"/>	Je me sentirais un peu angoissé(e)
<input type="radio"/>	Je me sentirais angoissé(e) mais à un niveau tolérable
<input type="radio"/>	Je me sentirais très angoissé(e)
<input type="radio"/>	Je me sentirais extrêmement angoissé(e) au point d'être incapable de fonctionner

9. Résistance opposée aux compulsions:

Quels efforts faites-vous pour résister à vos compulsions?

- J'essaie toujours de leur résister
- J'essaie de leur résister la plupart du temps
- Je fais certains efforts pour leur résister
- Je cède à toutes mes compulsions sans essayer de les dominer, mais un peu à contrecœur
- Je cède complètement et volontiers à toutes mes compulsions

10. Degré d'emprise sur les compulsions:

Quelle emprise avez-vous sur vos compulsions? À quel point vous sentez-vous contraint(e) d'accomplir un acte compulsif?

- Je les maîtrise complètement
- Je me sens poussé(e) à accomplir un acte compulsif mais j'arrive généralement à me dominer
- Je ressens une forte envie d'accomplir un acte compulsif mais j'arrive à me dominer avec beaucoup d'efforts
- J'éprouve un besoin pressant d'accomplir un acte compulsif, j'arrive seulement à en retarder l'accomplissement et avec peine
- J'éprouve un besoin irrésistible d'accomplir un acte compulsif, je n'ai aucune emprise sur mes compulsions, j'arrive rarement à me retenir ne serait-ce que quelques instants

Résultat

Questionnaire DAST-20

	1	0	Score de la ligne
1 - Avez-vous fait usage de drogues autres que les médicaments administrés ?	Oui	Non	
2 - Avez-vous fait un usage abusif de médicament sur ordonnance ?	Oui	Non	
3 - Utilisez-vous plus d'une drogue à la fois ?	Oui	Non	
4 - Pouvez-vous vous passez de drogues pendant une semaine complète ?	Non	Oui	
5 - Êtes-vous toujours capable d'arrêter d'utiliser des drogues ou des médicaments quand vous le voulez ?	Non	Oui	
6 - Avez-vous eu de brèves pertes de mémoire (blackouts) ou des irruptions de souvenirs (flashbacks) après avoir pris une drogue ou un médicament ?	Oui	Non	
7 - Votre consommation de drogues ou de médicament suscite-t-elle un sentiment de culpabilité ou de malaise de votre part ?	Oui	Non	
8 - Vos parents ou votre conjoint se plaignent-ils de votre comportement vis-à-vis des drogues ou des médicaments ?	Oui	Non	
9 - Est-ce que l'abus de drogues ou de médicaments vous a causé des ennuis avec votre conjoint ou vos parents ?	Oui	Non	
10 - Avez-vous perdu des amis à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
11 - Avez-vous négligé votre famille à cause de votre usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
12 - Avez-vous eu des ennuis au travail causés par l'abus de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
13 - Avez-vous perdu un emploi à cause de l'usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	

14 - Vous êtes vous battu(e) en étant sous l'influence de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
15 - Vous êtes vous engagé(e) dans des activités illégales dans le but d'obtenir des drogues ou des médicaments ?	Oui	Non	
16 - Avez-vous été arrêté(e) pour possession de drogues illégales	Oui	Non	
17 - Avez-vous éprouvé des symptômes de sevrages après avoir interrompu votre consommation de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
18 - Avez-vous eu des problèmes médicaux suite à votre usage de drogues ou de médicaments (pertes de mémoire, hépatite, convulsions, saignement, etc) ?	Oui	Non	
19 - Avez-vous cherché de l'aide pour résoudre un problème de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	
20 - Avez-vous suivi un programme de traitement spécifiquement lié à l'usage de drogues ou de médicaments ?	Oui	Non	

Interprétation :

0	Aucun risque
1 à 5	Risque faible
6 à 10	Risque possible (suivi ambulatoire)
11 à 15	Risque substantiel (suivi intensif)
16 à 20	Risque sévère (suivi intensif)

ANNEXE 5 : GUIDE D'ENTRETIEN

CARACTERISTIQUES SOCIODEMOGRAPHIQUES DE L'ENQUETE

Identifiant :..... Religion :.....

Age :..... Rang dans la fratrie :.....

Sexe :..... Ethnie :.....

MOTIF DE CONSULTATION :.....

HISTOIRE DU SUJET :.....

Thème 1 contexte de survenue des comorbidités

Thème 2 personnalité

Thème 3 manifestation de la résilience

Thème 4 gestion des comorbidités

ANNEXE 6 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC PASTA

NB : les noms utilisés dans les entretiens sont des pseudonymes et non des noms réels des participants. Nous avons choisi ces pseudonymes afin de garder l'anonymat sur l'identité réel de chaque participant.

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute du service de psychiatrie de l'hôpital Jamot, le jeudi 15 juillet 2021 de 13h05 à 13h45.

Etudiant : bonjour.

Pasta : bonjour.

Etudiant : Bonjour ! Je suis étudiant en psychologie à l'université de Yaoundé I. Je mène une étude sur la capacité de résilience des schizophrènes et la gestion de leurs comorbidités. Je m'intéresse aux adolescents. J'aimerais que nous parlions de ton état de santé et de ta relation avec les autres, notamment avec tes proches. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je peux te ?

Pasta : ok ! Il n'y a pas de problème.

Etudiant : peux-tu te présenter de façon détaillée bien que je connais déjà ton nom ?

Pasta : puisque tu connais déjà mon nom, c'est n'est plus la peine.

Etudiant : tu fais quoi dans la vie ?

Pasta : mon petit je ne fréquente mais j'ai quand-même un bac et je travaillais dans une provenderie.

Etudiant : tes parents ont combien d'enfants et quel rang occupes-tu ?

Pasta : je suis le premier à ma mère. Mon père a eu cinq enfants avec ma mère.

Mais je suis aussi le premier enfant à mon père puisqu'il a eu les autres enfants après moi.

Etudiant : lorsque je consulte ton dossier je vois que tu étais d'abord interné dans cette clinique comment tu t'es retrouvé à nouveau ici ?

Pasta : Je prends mes comprimés tout le temps, je ne sais vraiment pas pourquoi ma famille pense à nouveau que je suis malade.

Etudiant : dit-moi alors ce qui a poussé ta famille à revenir ici

Pasta : Que veux-tu que je te dise ?

Etudiant : Je veux comprendre pourquoi ta famille t'a amené ici.

Pasta : c'est parce que à chaque instant, je dois me retirer pour que le Seigneur n'enlève pas le don qu'il a mis en, je m'abstiens de manger. J'ai constaté que c'est chaque temps que je vais parfois je laisse tout ce que je suis entrains de faire pour aller à l'église. Si je n'y vais le ciel se retournera contre moi et je mourrai.

Etudiant : mais devez avoir un programme de prière pourquoi ne le faite-vous pas ?

Pasta : Il faut prier le Seigneur sans cesse oubliant ce monde. Car le Seigneur me parle tout le temps. Il me dit ce que je dois faire et ce que je ne dois pas faire. Quand je te regarde je sens comment si je prie même pour toi ta vie va changer. J'ai le pouvoir de guérir les malades le Seigneur me parle tout le temps et il faut que je l'écoute.

Etudiant : que te dit réellement le Seigneur

Pasta : J'ai eu une révélation du Seigneur, ceux qui pensent qu'ils seront riches avant moi ne seront pas. Quand j'aurai achevé la mission que le Seigneur m'a confié alors il m'élèvera et je deviendrai président dans cette république. Le Seigneur veut que j'ouvre une église pour pouvoir annoncer la bonne nouvelle à ceux qui sont dans l'obscurité, prêché l'évangile partout où besoin se fera. Le Seigneur me fait savoir que j'apporterai la guérison à ceux qui souffrent. Lorsque je leur imposerai les mains ils retrouveront la santé, ils payeront la dime dans mon église et iront dire à qui veut l'entendre que le Seigneur est avec moi. Dans mon ministère je rencontrerai des hauts gradés de cette nation, ils me placeront dans un grand bureau ou j'occuperai une noble

fonction. Je gouvernerai avec droiture le peuple qui me sera confié. J'ai peur car je suis convaincu si je ne le fais pas le Seigneur me punira à jamais

Etudiant : Ne voyez-vous pas qu'il faut vous organiser ?

Pasta : Non c'est le Seigneur qui domine. Ecoute ! il m'appelle il faut que je parte à bientôt.

Etudiant : Merci de m'avoir accordé de votre temps

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la boutique de M. Pasta deux mois après le premier entretien

Etudiant : bonjour Pasta.

pasta : bonjour je ne pensais pas te voir ici.

Etudiant : merci d'avoir permis que nous puissions nous voir aujourd'hui. Comment vas-tu ?

Pasta : ça va assez bien.

Etudiant : Il y 'a quelques temps vous ne pouviez pas ouvrir votre boutique vous voilà en activité malgré la maladie à corona virus vous êtes une personne exceptionnelle qu'est ce qui s'est passé en réalité?

Pasta : Je suis une personne très extravertie j'observe beaucoup les phénomènes je me renseigne beaucoup je m'intéresse sur tout ce qui concerne mon activité. Mais je suis sélectif vis-à-vis des personnes avec lesquelles je m'ouvre. J'ai toujours besoin d'énergie. Je suis quelqu'un d'enthousiaste un véritable générateur de richesse lorsque je suis en activité. Je suis très automotivé et un générateur de motivation pour les autres. Je suis agréable à vivre et ça dépend surtout de mon conjoint. De son attitude et de sa volonté. Je donne aux autres que si cela peut rapporter ou engendrer quelque chose de bien pour la personne. C'est pour quoi à un moment j'ai décidé de ne plus boire et de ne plus donner l'alcool aux gens. Je dois savoir que l'autre a tiré profit de ce que je lui ai donné.

Etudiant : comment est-ce que vous vous comportez avec ceux qui vous entourent et ceux qui viennent dans votre boutique ?

Pasta : 'affectionne les personnes qui m'entourent ou viennent dans ma provenderie au travers de la politesse, du respect, surtout que la plupart du temps j'ai à faire au personnes âgées je leur dois obéissance et beaucoup de générosité pour faire prospérer mon activité. Je parle généralement de Dieu à mes clients je leur prodigue des conseils. Je suis conscient de tout ce que je fais ; en toute circonstance j'évoque le non du Seigneur. Je contrôle mes faits et gestes, et je supervise très bien mon activité car je suis le responsable de ma provenderie je gère cette provenderie depuis un bon bout de temps et je suis convaincu que peu de personnes peuvent faire aussi bien que moi.

Etudiant : je vois que beaucoup de personnes entrent dans votre boutique comment est vous vous sentez en les regardant ?

Pasta : Les gens me connaissent tant par ce que je suis le gestionnaire de cette provenderie. Par jour je reçois minimum 50 personnes, et ces personnes me connaissent presque tous, de plus ils sont généralement marqués par ma façon d'être et d'agir. Cette provenderie me permet d'aider ma famille aisément Je garde contrôle sur tout le monde et sur tous ceux qui entrent dans ma boutique. Je rencontre souvent des contraintes dans mon lieu de service, mais je fais l'effort de résoudre mes problèmes avec douceur au moyens du dialogue, et de la patience. Mais je peux toujours appeler les secours pour m'aider à surmonter mes difficultés surtout lorsqu'il s'agit des clients réguliers ou ceux qu'on se connaît assez. Je n'éprouve pas de sentiments négatifs tels que le dépit, la colère, la haine et tous les autres, car je trouve toujours une solution aux problèmes. J'ai quelques ouvriers et on s'entend très bien.

Etudiant : puisque tu es le patron comment est-ce traite les gens le résous leurs problèmes ?

Pasta : Je converse, pour résoudre tout type de problème car je connais le pouvoir de la communication. Il s'agit d'un tout : une ouverture à l'autre, un partage, la narration du problème tout en touchant le cœur du fameux problème, puis la résolution du conflit, le réconfort surtout de l'aigri. Je suis plus qu'autonome, voire indépendant. Malgré la maladie, je ne dépends pas de la famille. Plutôt une grande partie de la famille dépend de moi et je suis en train de leur apprendre à devenir autonome. Dernièrement j'ai payé la formation de mon petit frère, un

véritable gouffre financier. A ma sœur et à ma mère j'ai fait des très gros sacrifices ; je prends également en compte ceux qui veulent travailler avec moi. Pour prendre mes distances face à un environnement perturbé, pourvu de problèmes cela dépend tout d'abord du problème qui émane de la situation, aussi de savoir si le milieu est criminel ou si le problème est bénin. Je peux encourager les parties plaignantes à régler leurs litiges, mais je n'interviens que lorsque c'est nécessaire. Le fait que je me retire tout le temps pour prier est d'abord pour moi la meilleure façon de se tenir à l'abri des perturbations de ce monde, de fuir les problèmes. C'est à moi de penser de la manière d'intervenir dans le conflit, que ce soit en m'impliquant personnellement ou encore par personnes interposées.

Etudiant : et comment est-ce que les gens te regardent maintenant quand tu travailles avec eux ou leur parle ?

Pasta : Dans mon quartier et dans la zone où je travaille, je suis considéré comme un promoteur économique, culturel car ma provanderie est plus qu'une entreprise ; je ravitaille plusieurs éleveurs et de nombreux projets agricoles. A moins que ce ne soit pas mon initiative, je préfère que la personne en difficulté vienne vers moi. L'empathie entant la capacité à ressentir la douleur de l'autre, j'aime écouter les gens et surtout les comprendre. C'est aussi pour eux que je prie tout le temps j'ai souvent donné une pièce d'argent à nécessiteux. Si une personne a besoin d'argent pour lancer un projet, je m'implique tout en continuant à faire un suivi afin de l'aider à réussir dans les actions qu'il entreprend. Je me vois comme quelqu'un d'altruiste parce que j'offre du travail et j'apprends l'élevage aux jeunes et à certaines personnes âgées. Et en même temps je peux recommander un jeune ou un vieux où il sera servi.

Au village plusieurs personnes m'apprécient j'y vais souvent distribuer la nourriture. Quand je mets un projet sur pied je me dépense beaucoup dans tous les aspects jusqu'à ce qu'il devienne rentable. Je suis sociable de par l'aide que j'apporte aux autres. Je suis populaire de par l'activité que je fais je reçois environ cent personnes par jour. J'entretiens d'excellents rapports avec les autres adultes, en particulier avec ceux qui sont plus âgés que moi car c'est un signe de courtoisie respect et politesse d'autant plus qu'ils sont généralement mes clients.

Etudiant : vous êtes devenu un homme nouveau parlez-moi de votre personnalité

Pasta : Pour parler de ma personnalité, je dirai sans risque de me tromper qu'elle a un grand lien avec ma guérison. C'est ma façon d'être de mon comportement, d'agir et m'abstenir face à certaines situations que j'ai pu obtenir la santé.

Etudiant : ok ! Nous allons arrêter là. Merci pour la disponibilité. Je te souhaite bonne suite dans tes activités. Je te ferai part, s'il y a autre chose.

ANNEXE 7 : CONTENU DES ENTRETIENS AVEC NDZEUNA

PREMIER ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute de psychiatrie de l'hôpital Jamot «
l le mercredi 06 avril 2020 de 13h10 à 14h40.

Etudiant : bonjour.

NDzeutuna : bonjour.

Etudiant : je m'appelle Noale. Je suis étudiant en psychologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude sur la résilience des schizophrènes et la façon dont ils gèrent les comorbidités. Je m'intéresse aux adolescents. J'aimerais que nous parlions de ta consommation d'alcool et de ta relation avec les personnes que tu rencontres. J'aimerais que tu me permettes d'enregistrer et de prendre des notes pendant nos entretiens. Je te garantis la confidentialité de ces entretiens. Une fois de plus, je te remercie d'avoir accepté de participer à cette étude en signant le consentement éclairé.

Ndzeutuna : ok ! Il n'y a pas de problème mais sache que je n'ai pas beaucoup fréquenté.

Etudiant : Non il n'y a rien de compliqué. Peux-tu te présenter de façon détaillée bien que je connais déjà ton nom ?

Ndzeutuna : puisque tu connais déjà mon nom, ce que je peux encore dire sur moi c'est que j'ai 17 ans et je suis de Bamiléké.

Etudiant : tu fais quelle classe à l'école ?

Ndzeutuna : je ne fréquente plus. J'ai arrêté en classe de troisième. Je me débrouille dans la vie.

Etudiant : tes parents ont combien d'enfants et quel rang occupes-tu ?

Ndzeutuna : Nous sommes 5 dans notre famille et je suis le deuxième né.

Etudiant : comment ta consommation d'alcool et autre drogue a-t-elle débuté ?

Ndzeutuna : j'ai commencé à prendre ça quand j'étais en classe de quatrième. Mes amis et moi, on fuyait souvent l'école et on allait se cacher dans un endroit pour prendre. Au départ je marchais avec eux mais je ne connaissais pas encore tout ce qu'ils faisaient. C'est avec le temps que j'ai commencé à fuir les cours avec eux. Quand on arrivait dans un endroit éloigné de l'école, où il n'y a pas les gens, c'est là qu'ils sortaient les petits sachets de whisky pour boire. On a commencé à fumer du papier.

Etudiant : parle-moi de ce qui t'a poussé à boire et à fumer.

Ndzeutuna : Je ne sais vraiment pas

Etudiant : En ce moment-là qu'est-ce que tu ressentais lorsque tu buvais et fumais?

Ndzeutuna : C'est n'est pas maintenant que j'ai commencé à fumer ou à boire, depuis toujours j'ai aimé la drogue, et l'alcool. Ces deux substances sont mes médicaments, lorsque je ne les prends pas c'est comme si le ciel voulait tomber sur ma tête or lorsque je les prends chaque temps, chaque temps je suis plus à l'aise qu'un poisson dans l'eau et j'ai la force de faire tout ce que l'on me demande. Je bois dès que j'ai l'occasion et je me suis rendu compte que j'aime la boisson plus que la nourriture, seulement qu'elle coûte énormément chère. La bière a un excellent goût, elle nous procure un plaisir inoubliable, depuis que je l'ai goûté je ne peux plus m'en passer, fumer alors c'est une autre chose, même si tu me paye je ne peux pas rester sans fumer. Je fume presque tout et ça ne me dérange pas au contraire je suis très heureux comme ça.

Etudiant : parle-moi de la quantité d'alcool et de fumer que tu prends.

Ndzeutuna : gars tant que je peux je prends seulement.

Etudiant : ok ! est-ce que tu sais que tu es malade que la drogue n'est pas bien pour ta santé.

Ndzeutuna : Je sais je prends mes médicaments tout le temps ils m'ont dit que je souffrais de la schizophrénie que-est un trouble qui affecte la capacité d'une personne à réfléchir à ressentir et à se comporter, c'est un trouble sévère. Mais là je pense qu'ils se sont trompés. Je pense bien

Boire c'est mauvais, fumer aussi c'est pareil mais je me sens à l'aise lorsque je fume et lorsque je bois. Ils disent qu'avant j'étais couper de la réalité et je commettais beaucoup de dégâts. Ils ajoutent que lorsque je fume et je bois, je suis un peu calme je me dis qu'ils ont raison car en réalité ces substances sont mes médicaments. Elles me permettent d'éviter de faire certaines choses et me procurent joie et bonheur. Je ne peux rien faire sans ces substances, je ne peux pas faire.

Etudiant : et pourquoi tu te comportes comme ça ?

Ndzeutuna : Je me disais que je suis un boy au départ, je ne me souvient réellement pas de ce qui se passait la seule chose que je sais c'est que tout le monde se méfiait de moi l'acharnement que je recevais était plus fort que moi, pourtant je ne voyais pas ce que j'avais fait de mauvais. Un matin je n'étais plus libre, j'étais enfermé dans un hôpital où tous les jours je recevais des médicaments et des injections sans savoir de quoi je souffrais. De plus c'est tout le monde qui me donnait des conseils. Tout cela m'a permis de me rendre compte que je n'allais pas bien que je souffrais, et que j'étais malade dès lors je prenais mes médicaments seuls et j'apprenais à écouter ce que les uns et les autres me disaient au sujet de ma maladie je n'y avais pas cru et souvent je pleurais je regrattais ce que j'ai fait. Mes amis et tout le monde m'avait déjà fui et quand même mes frères me parlaient c'est avec méfiance cela me faisait comprendre que je constituais une menace, que j'étais malade

Etudiant : Et que veux-tu maintenant ?

Ndzeutuna : J'ai envie de m'en aller partir loin d'ici fumer et bien boire près d'une rivière

Etudiant : ok ! Merci pour ce partage. Nous nous verrons plus tard pour continuer notre entretien.

Pierre : sans problème.

DEUXIEME ENTRETIEN

Cet entretien s'est déroulé dans la salle d'écoute de l'hôpital Jamot lors d'un rendez-vous 13 avril 2021 de 12h55 à 14h40.

Etudiant : bonjour pierre.

Ndzeutuna : bonjour.

Etudiant : merci d'avoir honoré à ce rendez-vous. Comment vas-tu ?

Ndzeutuna : ça va un peu.

Etudiant : ok ! La dernière fois ça n'allait pas vraiment tu es une personne est-ce que tu te souviens même de ce qui se passait et comment ça affectait ta personne ?

Ndzeutuna: Je suis une personnalité complètement différente de celle qui a été conduite ici. Tout allait bien quand j'ai quitté cet hôpital pour la première fois, je suis rentré chez moi tranquillement et je vaquais à mes occupations sans problème. Pour dire vrai je n'ai pas sus à quel moment je devenais dépendant aux drogues. Elles étaient devenues mon passe-temps et j'en consommait à tort et à travers pour exprimer mes joies et mes peines. Je consommait toute sorte de drogue sans exception et vous ne pouvez même pas imaginez les autres drogues que j'ai eu à consommer. L'alcool n'était pas en reste ; j'ai pris toute sorte d'alcool et surtout les plus fortes. Mais maintenant il n'en est plus. Aujourd'hui je pense que c'est plus qu'un triste souvenir car je pense que ça va déjà.

Etudiant : Et maintenant comment te comportes-tu vis-à-vis des gens ? comment les regardes-tu ?

Ndzeutuna : Actuellement je suis très ouvert au monde qui m'entoure et je me dois d'être dynamique pour conquérir mes clients ; mon métier c'est avant tout commerçant c'est vrai que les gens disent que je ne fais rien. Mais mon petit commerce me permet de subvenir à mes besoins je ne demande rien à personne et je n'attends rien à personne et parfois j'apprends gratuitement à vendre à ceux qui viennent de se lancer et même lorsque ceux-ci veulent me payer ; pendant la pause déjeuner j'achète du pain et je donne un peu au jeune enfant de la rue qui se débrouille comme moi. J'aime les autres à condition qu'eux ne me cherchent pas les problèmes.

Je ne suis plus malade, je suis conscient de tout ce qui m'arrive Mais je me prononce souvent lorsqu'il s'agit de malédiction car quand je regarde mon passé et tout ce que j'ai traversé je dis j'aurais pu être maudit. Lorsque je me trouve dans une situation à problème, je dois trouver des solutions, mais le plus souvent j'évite les conflits et me contente de faire mon travail, surtout quand je repense à tous mes amis avec qui on faisait la délinquance je remercie le Seigneur de m'avoir épargné. Je suis quelqu'un d'autonome je me débrouille avec mon petit commerce j'aide mes parents et ceux avec qui je vis. Lorsque je réalise qu'il y'a un problème quelque part, je me concentre sur l'essentiel et je ne me focalise pas sur les problèmes. C'est vrai que j'écoute les gens et je les comprends mais ce n'est vraiment pas genre je veux savoir s'ils me comprennent aussi. Maintenant j'ai décidé à chacun de se battre et de faire les efforts personnels et je ne veux plus me trouver dans les situations compliquées. Je peux bien aider les gens mais il faut qu'ils se débrouillent d'eux même.

Etudiant : parle-moi de ce que tu as ressenti ce jour quand il t'a demandé de sortir de chez lui.

Ndzeutuna : Dans la société je suis doué dans les travaux qui nécessite la force je sais faire du « bensikin » les champs et du petit commerce c'est le capital qui me manque, je peux être un très bon commerçant, car avec les petits moyens mis à ma disposition je me débrouille déjà très bien. Même si c'est deux habits que je vends je le fais bien. Je sais conduire la moto. Je suis quelqu'un qui compatit à la douleur des autres, on me dit altruiste justement parce que j'aide mon prochain surtout les jeunes de mon âge qui se battent comme moi. Je ne suis pas si sociable cela veut donc dire que je ne peux pas vivre avec les gens et en société et si donc je vis en société cela exprime directement que je suis sociable Je suis assez sociable, j'accueille tout le monde comme il vient, sans faire de distinction quelconque qui sont d'abord ceux qui m'aident, personne ne veut t'aider mais on aimerait bien que tu aides les gens mais personne ne veut vraiment l'aider. Moi j'ai décidé, j'aide ceux qui m'aide. Actuellement j'entretiens de très bonnes relations avec mes aînés je les respecte et ils me respectent.

Etudiant : Si je comprends bien ta façon d'être et de penser, t'ont beaucoup aider dis-moi comment ta personnalité a contribué à ce changement ?

Ndzeutuna: Si l'on veut vraiment savoir comment ma personnalité contribue à mon rétablissement là je ne saurais quoi vous dire car si on avait mis quelqu'un d'autre à ma place il

ne s'en sortirait pas. Vraiment je suis unique à mon genre oui je suis assez fort pour avoir surmonté ce que j'ai vécu. Je ne suis vraiment pas si populaire. C'est depuis plusieurs années que j'ai laissé l'école je n'ai pas d'activité stable. Les gens me connaissent tous simplement parce qu'ils me voient le plus souvent. Ils savent aussi que je fais du petit commerce ambulante. Maintenant je comprends mieux les gens et les choses.

Etudiant : ok ! Merci une fois de plus pour ta disponibilité. Je vais te recontacter en cas de besoin

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE..... i

REMERCIEMENTS..... iii

LISTE DES TABLEAUX..... iv

LISTE DES FIGURES v

LISTE DES ANNEXES vi

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES..... vii

RESUME viii

ABSTRACT..... ix

INTRODUCTION GENERALE 1

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L’ETUDE..... 5

1.1. CONTEXTE ET JUSTIFICATION 6

1.2. ETAT DE LA QUESTION..... 12

1.3. CONSTAT ET PROBLÈME DE L’ÉTUDE..... 15

1.3.1. Constat 15

1.4. FORMULATION ET POSITION DU PROBLÈME DE RECHERCHE 16

1.4.1. Champ et problématique scientifique 20

1.5. QUESTIONS DE RECHERCHE 21

1.5.1. Question principale de recherche..... 21

1.5.2. Questions secondaires de recherche..... 21

1.6. HYPOTHÈSES DE L’ÉTUDE..... 23

1.6. 1. Hypothèse générale..... 23

1.6.2. Hypothèses de recherche..... 23

1.7. LES OBJECTIFS DE L'ÉTUDE.....	24
1.7.1. Objectif général.....	24
1.7.2. Objectifs spécifiques.....	24
1.8. INTÉRÊTS DE LA RECHERCHE.....	24
1.8.1. Intérêt scientifique.....	24
1.8.2 Intérêt social.....	25
1.8.3 Intérêt personnel.....	25
1.9. DÉLIMITATION DE L'ÉTUDE.....	25
1.9.1 Délimitation thématique.....	25
1.9.2 Limite spatio-temporel.....	26
1.10. DÉFINITION DES CONCEPTS CLES.....	26
CHAPITRE II : RESILIENCE, SCHIZOPHRENIE ET COMORBIDITES PSYCHOPATHOLOGIQUES.....	28
2.1 RÉSILIENCE ET SCHIZOPHRÉNIE.....	29
2.1.1 Résilience.....	29
2.1.2 Approche psycho dynamique de la résilience.....	32
2.1.3 Fonctionnement de la résilience.....	33
2.1.4 Résilience comme un potentiel chez tous les individus.....	34
2.2 SCHIZOPHRÉNIE.....	34
2.2.1 Historique.....	34
2.2.2. Les symptômes fondamentaux dans la schizophrénie.....	36
2.2.3. Les symptômes accessoires.....	37
2.2.4. Nosologie.....	38
2.3 COMORBIDITÉS PSYCHOPATHOLOGIQUES CHEZ LES MALADES MENTAUX....	40
2.3.1 Historique du mot comorbidité.....	40
2.3.2 Comorbidité et schizophrénie.....	41

2.4 LA PERSONNALITÉ	55
2.4.1 Définition de la personnalité	55
2.4.2 Etymologie de la personnalité.....	56
2.4.3 Impact de la personnalité sur la maladie.....	56
2.4.4 Personnalité comme prédisposition	56
2.4.5 Personnalité comme force.....	57
2. 5 RESILIENCE EN SCHIZOPHRENIE	57
2.6 LA MENTALISATION.....	60
CHAPITRE III: RESILIENCE ET PERSONNALITE	62
3. THÉORIES	63
3.1. Théorie de la résilience :	63
3.2 Théorie de la personnalité.....	74
3.3 Théorie de la mentalisation selon Marty.....	77
A. Les représentation absentes	79
B. Les bonnes mentalisations.....	79
C. Les mentalisations ambivalentes	80
CHAPITRE IV : METHODOLOGIE.....	83
4.1 RAPPEL DE L'OBJECTIF D'ETUDE ET DES QUESTIONS DE RECHERCHE	84
4.1.1 Rappel de l'objectif d'étude.....	84
4.1.2 Rappel de la question de recherche.....	84
4.1.3 Rappel de l'hypothèse de recherche	85
4.1.4 Plan factoriel de l'hypothèse générale	85
4.2 SITE DE L'ETUDE	86
4.3 PROCÉDURE ET CRITÈRE DE SÉLECTIONS DES PARTICIPANTS	95
4.3.1 Critères de sélection.....	95

4.3.1.1 Critères d'inclusion.....	95
Sont concernés par cette étude :.....	95
4.3.1.2 Critères d'exclusion	95
4.3.2 Echelles / Questionnaire de sélection	96
4.3.3 Recrutement des participants	96
4.3.4 Caractéristiques des participants.....	97
4.4 TYPES DE RECHERCHE	98
4.5 MÉTHODE DE RECHERCHE : MÉTHODE CLINIQUE	98
4.5.1 Etude de cas	99
4.6. TECHNIQUE ET OUTIL DE COLLECTE DES DONNEES : ENTRETIEN SEMI-DIRECTIF ET GUIDE D'ENTRETIEN	100
4.6.1. Technique de collecte des données : Entretien semi-directif.....	100
4.6.2. Outil de collecte de données : guide d'entretien.....	101
4.7. DEROULEMENT DE LA COLLECTE DE DONNEES	102
4.8. TECHNIQUE D'ANALYSE : ANALYSE DE CONTENU.....	103
4.8.1. Analyse thématique.....	104
4.9. DES PECAUTIONIONS ETHIQUES	105
CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS	107
5.1. PRÉSENTATION DES PARTICIPANTS	108
5.1 .1. Cas I : Pasta.....	108
5.1.2. Cas Ndzeituna	108
5.2. CONTEXTE D'ÉMERGENCE DES COMORBIDITÉS	109
5.2.1 Manifestation des addictions aux drogues	112
5.3 ETAT DES PATIENTS QUELQUES SEMAINES APRÈS LA PRISE EN CHARGE ET GESTION DES COMORBIDITÉS	114
5.3.1 Propos recueillis auprès de Pasta une fois la résilience mise sur place	114

5. 3.2 Propos recueillis auprès de Ndzeutuna une fois la résilience mise au point:.....	116
5.4. PRESENTATION ET ANALYSE THEMATIQUES DES ENTRETIENS SEMI-DIRECTIFS : MANIFESTATION DE LA CAPACITE DE RESILIENCE ET GESTION DES COMORBIDITES.....	118
5.4.1. Présentation des résultats au moyen de l'échelle de résilience de Wagnild et Young (1993).....	123
5.4.2. Présentation des résultats obtenus au moyens du DAST et du YALE	125
5.5 PERSONNALITE VERSUS CAPACITE DE RESILIENCE DES SCHIZOPHRENES	127
CHAPITRE VI : INTERPRETATION DES RESULTATS	129
6.1 RAPPEL DES DONNÉES THÉORIQUES	130
6.2. INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS	132
6.2.1 Tuteurs de la résilience et gestion des comorbidités.....	133
6.2.3. Fonction de la personnalité et gestion des comorbidités	134
6.2.3. Capacité de mentalisation et gestion des comorbidités.....	135
6.4. DISCUSSIONS DES RÉSULTATS.....	136
6.5 .DIFFICULTÉS ET LIMITES DE L'ÉTUDE.....	138
6.6 SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	139
CONCLUSION GENERALECONCLUSION GENERALE.....	145
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	148
ANNEXES	155
TABLE DES MATIERES	173