

LŊGBOWU

Revue des Langues, Lettres et Sciences
de l'Homme et de la Société



Faculté des Lettres et
Sciences Humaines



LŊGBOWU

**Revue des Langues, Lettres et Sciences
de l'Homme et de la Société**

Lɔŋgbowu, Revue des Lettres, Langues et Sciences de l'Homme et de la
Société, N° 007, juin 2019

En couverture,
photo d'un grenier traditionnel kabiye
prise au « musée de Yadè », « Kabiyɛ
sɔsaa ɖiwa »

©*Lɔŋgbowu*, Revue des Langues, Lettres et Sciences de l'Homme et
de la Société, Faculté des Lettres et Sciences Humaines, Université de
Kara-Togo
N°007, juin 2019
ISSN : 2518 – 4237

ADMINISTRATION DE LA REVUE

COMITE DE REDACTION

Directeur Scientifique : Akoété AMOUZOU, *Professeur Titulaire*

Directeur de publication : Nakpane LABANTE, *Maître de
Conférences*

Rédacteur en Chef : Tcha PALI, *Maître de Conférences*

Coordinateur de publication : Boussanlègue TCHABLE,
Maître de Conférences

Secrétaire : Essonam BINI, *Maître-Assistant*

Assistant à la rédaction : Kokou TCHALLA, *Maître-Assistant*

COMITE SCIENTIFIQUE INTERNATIONAL

Pr Yaovi AKAKPO (Université de Lomé)

Pr Komi. KOSSI-TITRIKOU (Université de Lomé)

Pr Kodjona KADANGA (Université de Lomé)

Pr Komlan NUBOUKPO (Université de Lomé)

Pr Badjow TCHAM (Université de Lomé)

Pr Koffi AKIBODE (Université de Lomé)

Pr Akoété AMOUZOU (Université de Kara)

Pr Abou NAPON (Université de Ouagadougou)

Pr Koffiwaï GBATI (Université de Lomé)

Pr Tamasse DANIOUE (Université de Lomé)

Pr Hugues MOUCKAGA (Université Oumar Bongo de Libreville)

Pr Alou KEITA (Université de Ouagadougou)

Pr Atafeï PEWISSI (Université de Lomé)

Pr Komlan E. ESSIZEWA (Université de Lomé)

Pr Musanji NGALASSO-MWATA (Université Bordeaux
Montaigne)

Pr Hounkpati B. C. KAKPO (Université d'Abomey-Calavi)

Pr Flavien GBETO (Université d'Abomey-Calavi)

Pr Momar CISSE (Université Cheikh Anta Diop)

Pr Mahougnon KAKPO (Université d'Abomey-Calavi)

Pr Kokou E. PERE-KEWEZIMA (Université de Lomé)

Pr Issa TAKASSI (Université de Lomé)

Pr Alpha BARRY (Université Bordeaux Montaigne)

M. Moustapha GOMGNIMBOU, Directeur de Recherche
(CNRST)

Pr Ousseynou FAYE (Université Cheikh Anta Diop de Dakar)

Pr M. BANTENGA (Université de Ouagadougou)

COMITE DE LECTURE

Pr Akoété AMOUZOU (Université de Kara), Pr Koffiwaï GBATI

(Université de Lomé), Pr Tamasse DANIOUE (Université de Lomé),

Pr Atafeï PEWISSI (Université de Lomé), Pr Komlan E. ESSIZEWA

(Université de Lomé), Pr Mahougnon KAKPO (Université d'Abomey-

Calavi), Pr Kokou E. PERE-KEWEZIMA (Université de Lomé), Pr

Alpha BARRY (Université Bordeaux Montaigne), Pr E. ASSIMA-

KPATCHA (Université de Lomé) ; Pr N.A. GOËH-AKUE (Université

de Lomé) ; M. Kossi BADAMELI, Maître de Conférences (Université

de Kara) ; M. Padabo KADOUZA, Maître de Conférences (Université

de Kara) ; M. Komlan KOUZAN, Maître de Conférences (Université

de Kara) ; M. Laré KANTCHOA, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. KAMMAMPOAL Bawa, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Nakpane LABANTE, Maître de Conférences (Université de Kara), Mme Kuwèdaten NAPALA, Maître de Conférences (Université de Kara) ; Mme Balaïbaou KASSAN, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Assogba GUEZERE, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Komi KPATCHA, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Koffi SOSSOU, Maître de Conférences ; M. Bammoy NABE, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Boussanlègue TCHABLE, Maître de Conférences (Université de Kara) ; M. Tchaa PALI, Maître de Conférences (Université de Kara) ; Paboussoum PARI, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; Martin Minlipe GANGUE, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; M. Ali Pitaloumani GNAKOU, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; Mme Kouméalo ANATE, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; M. Essohanam BATCHANA, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; Kokou GBEMOU, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; M. Séna AKAKPO-NUMADO, Maître de Conférences (Université de Lomé) ; M. A. AWESSO, Maître de Conférences (Université de Lomé).

SOMMAIRE

ADMINISTRATION DE LA REVUE	i
SOMMAIRE	iii
LIGNE ÉDITORIALE	vii
SYNTHÈSE DES ARTICLES	iv
LANGUES ET LETTRES	1
Theater as a social critic and promoter of female leadership in Femi Osofisan's <i>Morountodun</i> and Ola Rotimi's <i>Our husband has gone mad again</i> , KOUMAI Bossah	3
Réciprocité dans les langues bak, NDAO Dame & DIAGNE mbacké	19
L'enseignement de la tradition chez amadou H. Bâ : entre conservatisme et ouverture sur le monde, CAMARA Abdoul Karim	31
L'écriture de l'obscène et de la violence dans <i>matins de couvre-feu</i> de Tanella Boni, TAKAO Mawaya	43
Violence dans <i>la chanson de Roland</i> , TCHAO Essotorom	59
SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIETE	83
Femme et pouvoir de décision dans la gestion des soins de santé : contexte de la prise en charge de l'ulcère de Buruli dans la commune de Zé (Bénin), AGBO Sonagnon Inès Elvire, AMOUSSOUHOUI Arnaud, SOPOH Ghislain, JOHNSON Roch Christian & AMOUZOUVI Dodji	85
Déterminants sociaux des mariages précoces dans les régions centrale et savanes au Togo : étude réalisée à partir du projet d'autonomisation de la jeune fille en Afrique de l'ouest de l'ONG WILDAF Afrique de l'ouest, AKAKPO-AHIANYO Digo E. K. D Jean-Paul & TCHITOU Ibitola	103
Placer des jeunes filles en internat : contributions pour une socio-économie de l'éducation, AZALOU TINGBE Emilia & SOUNOU Ambroisine	127
Facteurs explicatifs de la réticence des femmes au planning familial dans la commune de Ouidah au Benin, COOVI Gilbert	139
Le <i>tiers</i> chez Georg Simmel et la compréhension des parties prenantes dans la gestion des conflits agriculteurs-éleveurs a Napieledougou (Korhogo/Cote d'Ivoire), NIANZOU Kassikan Geoffroy Ulrich, DJANE Kabran Aristide & KONE Issiaka	153
Séropositivité et désir d'enfant chez les femmes prises en charge par l'Association Vivre dans l'Espérance à Dapaong au nord-Togo, KANATI Lardja	171
Spectre de troubles bipolaires : à propos d'un cas étudié au Centre National Hospitalier et Universitaire Psychiatrique de Cotonou, MEHINTO Michel Mètonou, AZA-GNANDJI Guy-Gérard & KOUGBEAGBEDE Thierry	187

Résilience des malades insuffisants rénaux admis au service d'hémodialyse du CHU de Yopougon-Abidjan (Côte d'Ivoire), AGOBE Ablapka Jacob & NANA N'goh N'goran Konan ...	201
Type de handicap mental et traumatisme parental : étude auprès des parents d'enfants en situation de handicap mental au Togo, SOGOYOU Bêkeyi Iyé, TCHABLE Boussanlègue & BELLO Mofou ,.....	213
Les rues en terre et les difficultés de leur praticabilité dans la ville de Kara, AGBAMARO Mayébinasso, DANDONOUGBO Iléri & NANOINI Damitonou	231
Exploitation du bois d'œuvre et vulnérabilité des ressources végétales dans la partie ouest de la région des plateaux au Togo, AMEGNA Komla Uwolowudu, AGBEYADZI Kossi & SOUSSOU Tatongueba ,.....	247
Connaissances, attitudes et pratiques des lycéens face au VIH/ SIDA dans la ville de Kara au Nord Togo, AVOUGLA Koku ,.....	265
Apport socio-économique du flux migratoire des Gulmanceba dans la commune de Banikoara, BABADJIDE Charles L.	281
L'introduction du numérique dans le système éducatif ivoirien au travers des communes du district d'Abidjan: atouts et faiblesses, KOUASSI-KOFFI Amenan Michelline ,.....	301
Inclusion urbaine et gouvernance territoriale post-crise en Côte d'Ivoire : cas de la ville de Bouake, KRA Kouakou Valentin	313
Economie solidaire et développement local au Mali : cas des Sociétés Coopératives de l'Office du Niger, KOUMARE Mamadou	327
Terrorisme et régression des activités et services touristiques au Mali, TESSOUGUE Moussa Dit Martin & KEITA Daouda	341
La communication pour le développement : entre discours et pratiques pour la participation des populations aux projets de développement dans un environnement décentralisé, BEREPA Ousmane Chaa, GBAGUIDI Jean-Euloge & da CRUZ Maxime	361
Stabilité politique et développement socio- économique des pays de la CEDEAO, TCHAGNAOU Akimou, de SOUZA Dopé Pélagie Léchidia Afiavi, NINKABOU Tchein & AFANGLÔ Adjovi Holali	377
Dialogique des champs du savoir, condition de l'universel, BOTOYIYE Geoffroy	393
De la société juste : pour une approche conglomérative de la justice, KOUVON Komi & BAMPINI Souglouman	401
Environnement et santé humaine : comprendre et agir pour une meilleure qualité de vie du vivant, MAKANGA Blanchard ...	419
L'humain dans la double contingence de la nature : utopie ou réalité ? AKOHA Théophile B & OUINSOU Brice	431
L'humain machiavélien et la question de l'intégration africaine, PALE-KOUTOUAN Chantal ,.....	449

Un système éducatif aux antipodes d'un développement social durable : le cas de la Rome antique, BOUENDJA Eliane	463
Apport des analyses minéralogiques a la connaissance des céramiques des amas coquilliers de Songon (Sud-Côte d'Ivoire), ETTIEN N'doua Etienne & KOUAKOU Siméon Kouassi	475
Les ilots de peuplement Ahali, Ahua et Ngban dans l'aire Akan de Côte d'Ivoire à l'époque précoloniale, KOFFI Kouassi Serge	485
La libéralisation de la production d'électricité en Côte d'Ivoire de 1985 à 1999, KOUAKOU BA Koffi Valentin	497
Fondation de l'État gabonais : prémices de la souveraineté (1958-1963), MESSI ME NANG Clotaire	515
Les syro-libanais et le commerce du cola en Côte d'Ivoire (1927-1956), N'GORAN Kouadio Adolphe	531
Attentat de Sarakawa », entre mythe et histoire : quelle implication dans la consolidation du régime Eyadema ? (1974-1990), BATCHANA Essohanam & LOKOU Rabiou	545
La <i>Taciêta</i> : symbole de la culture et des croyances des <i>Batāmmāriba</i> du XIV ^e siècle à la conquête coloniale, N'DATI N'dah	559
La place de l'instabilité familiale dans la récurrence des actes de délinquance juvénile au Gabon, 2009-2018, NGUIABAMA-MAKAYA Fabrice ,	569
<i>Bios kai autobios</i> de l'empereur <i>Kaisaros</i> Auguste. Essai d'analyse de la <i>Vita divi augusti</i> , à travers ses <i>res gestae</i> et les textes de Suétone, OBIANG NNANG Noël Christian-Bernard	587
Les missionnaires SVD : derniers venus et premiers au départ des Allemands du Togo! (1847-1914), MAYEDA Ningui Wéssowa	607

LIGNE EDITORIALE

Longbowu est une revue à parution semestrielle de la Faculté des Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Kara. Elle publie les articles des domaines des langues, des lettres, des sciences de l'homme et de la société. **Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue.** Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

Les articles soumis à la revue *Longbowu* sont anonymement instruits par deux évaluateurs. En fonction des avis de ces deux instructeurs, le comité de rédaction décide de la publication de l'article soumis, de son rejet ou alors demande à l'auteur de le réviser en vue de son éventuelle publication.

Les articles à soumettre à la revue doivent être conformes aux normes ci-dessous décrites.

PRESENTATION GENERALE DES MANUSCRITS

À partir de ce numéro 004, la revue *Longbowou* ne peut recevoir pour instruction ni publier un article s'il ne respecte pas les normes typographiques, scientifiques et de référencement (NORCAMES /LSH) adoptées par le CTS/LSH, le 17 juillet 2016 à Bamako, lors de la 38^{ème} session des CCI dont voici *in extenso* une partie du point 3 de ces normes à l'attention de tous les auteurs.

« 3. DES NORMES ÉDITORIALES D'UNE REVUE DE LETTRES OU SCIENCES HUMAINES

3.1. Aucune revue ne peut publier un article dont la rédaction n'est pas conforme aux normes éditoriales (NORCAMES). Les normes typographiques, quant à elles, sont fixées par chaque revue.

3.2. La structure d'un article doit être conforme aux règles de rédaction scientifique, selon que l'article est une contribution théorique ou résulte d'une recherche de terrain.

3.3. La structure d'un article scientifique en Lettres et Sciences Humaines se présente comme suit :

- Pour un article qui est une contribution théorique et fondamentale : **Titre, Prénoms et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français [250 mots maximum], Mots clés [7 mots maximum], [Titre en Anglais] Abstract, Keywords, Introduction (justification du thème, problématique, hypothèses/objectifs scientifiques, approche), Développement articulé, Conclusion, Bibliographie.**

- Pour un article qui résulte d'une recherche de terrain : **Titre, Prénoms et Nom de l'auteur, Institution d'attache, adresse électronique, Résumé en Français [250 mots au plus], Mots clés [7 mots au plus], [Titre en Anglais], Abstract, Keywords, Introduction, Méthodologie, Résultats et Discussion, Conclusion, Bibliographie.**

- Les articulations d'un article, à l'exception de l'introduction, de la conclusion, de la bibliographie, doivent être titrées, et numérotées par des chiffres (exemples : 1. ; 1.1. ; 1.2 ; 2. ; 2.2. ; 2.2.1 ; 2.2.2. ; 3. ; etc.). (ne pas automatiser ces numérotations)

3.4. Les passages cités sont présentés en romain et entre guillemets (Pas d'Italique donc !). Lorsque la phrase citant et la citation dépassent trois lignes,

il faut aller à la ligne, pour présenter la citation (interligne 1) en romain et en retrait, en diminuant la taille de police d'un point.

3.5. Les références de citation sont intégrées au texte citant, selon les cas, de la façon suivante :

- (Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur, année de publication, pages citées) ;
- Initiale (s) du Prénom ou des Prénoms de l'auteur. Nom de l'Auteur (année de publication, pages citées).

Exemples :

- En effet, le but poursuivi par M. Ascher (1998, p. 223), est « d'élargir l'histoire des mathématiques de telle sorte qu'elle acquière une perspective multiculturelle et globale (...), d'accroître le domaine des mathématiques : alors qu'elle s'est pour l'essentiel occupé du groupe professionnel occidental que l'on appelle les mathématiciens(...)».

- Pour dire plus amplement ce qu'est cette capacité de la société civile, qui dans son déploiement effectif, atteste qu'elle peut porter le développement et l'histoire, S. B. Diagne (1991, p. 2) écrit :

Qu'on ne s'y trompe pas : de toute manière, les populations ont toujours su opposer à la philosophie de l'encadrement et à son volontarisme leurs propres stratégies de contournements. Celles-là, par exemple, sont lisibles dans le dynamisme, ou à tout le moins, dans la créativité dont sait preuve ce que l'on désigne sous le nom de secteur informel et à qui il faudra donner l'appellation positive d'économie populaire.

- Le philosophe ivoirien a raison, dans une certaine mesure, de lire, dans ce choc déstabilisateur, le processus du sous-développement. Ainsi qu'il le dit :

le processus du sous-développement résultant de ce choc est vécu concrètement par les populations concernées comme une crise globale : crise socio-économique (exploitation brutale, chômage permanent, exode accéléré et douloureux), mais aussi crise socio-culturelle et de civilisation traduisant une impréparation sociohistorique et une inadaptation des cultures et des comportements humains aux formes de vie imposées par les technologies étrangères. (S. Diakité, 1985, p. 105).

3.6. Les sources historiques, les références d'informations orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page

3.7. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit :

NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, Zone titre, Lieu de publication, Zone Éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif. Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté en romain et entre guillemets, celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une revue ou d'un journal est présenté en italique.

Dans la zone Éditeur, on indique la Maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre, le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{nde} éd.).

3.8. Ne sont présentées dans les références bibliographiques que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Par exemple :

Références bibliographiques

AMIN Samir, 1996, *Les défis de la mondialisation*, Paris, L'Harmattan.

AUDARD Cathérine, 2009, *Qu'est-ce que le libéralisme ? Éthique, politique, société*, Paris, Gallimard.

BERGER Gaston, 1967, *L'homme moderne et son éducation*, Paris, PUF.

DIAGNE Souleymane Bachir, 2003, « Islam et philosophie. Leçons d'une rencontre », *Diogène*, 202, 4, p. 145-151.

DIAKITE Sidiki, 1985, *Violence technologique et développement. La question africaine du développement*, Paris, L'Harmattan.

Typographie française

- La revue *Lɔŋgbowu* s'interdit tout soulignement et toute mise de quelque caractère que ce soit en gras.

- Les auteurs doivent respecter la typographie française concernant la ponctuation, l'écriture des noms, les abréviations...

Les appels de notes sont des chiffres arabes en exposant, sans parenthèses, placés avant la ponctuation et à l'extérieur des guillemets pour les citations.

Tout paragraphe est nécessairement marqué par un alinéa d'un cm à gauche pour la première ligne.

Tableaux, schémas et illustrations

En cas d'utilisation des tableaux, ceux-ci doivent être numérotés en chiffres romains selon l'ordre de leur apparition dans le texte.

Les schémas et illustrations doivent être numérotés en chiffres arabes selon l'ordre de leur apparition dans le texte.

La présentation des figures, cartes, graphiques, ... doit respecter le miroir de la revue qui est de 16 x 24. Ces documents doivent porter le titre précis, la source, l'année et l'échelle (pour les cartes).

Le non respect des normes éditoriales entraîne le rejet du projet d'article.

LES DROITS DE PUBLICATION

Une fois l'article accepté par le comité de rédaction, l'auteur devra entrer en contact avec la rédaction de la revue pour l'acquittement des droits de publication qui s'élèvent à **40 000 FCFA**.

Lɔŋgbowu étant une revue de recherche et d'information éditée sans but lucratif, les auteurs ne percevront pas de versement de droits.

ÉPREUVES ET PUBLICATIONS

Avant publication, l'auteur reçoit par courrier électronique un jeu d'épreuves à vérifier. Il doit les retourner corrigées sous huitaine à la rédaction. Seules les corrections typographiques sont admises sur les épreuves.

L'auteur reçoit, après parution, le tiré-à-part de son article en version électronique au format PDF. Il pourra recevoir, sur demande, un exemplaire de la revue en payant les frais d'expédition.

Les articles sont la propriété de la revue et peuvent faire l'objet, avec l'accord de l'auteur, d'une mise en ligne.

DISPOSITIONS FINALES

Les articles doivent parvenir au secrétariat de rédaction de la revue au plus tard à la fin du mois de mars pour le numéro de juin et la fin du mois de septembre pour le numéro de décembre de chaque année.

Les textes doivent être envoyés à l'adresse suivante :

Email : rellshs2016@gmail.com

SYNTHÈSE DES ARTICLES

Les contributions constituant l'ossature de ce 7^e numéro de la Revue *Lɔngbowu* sont très riches et variées.

Ainsi, dans le domaine des lettres et langues, les auteurs ont éclairé les lecteurs sur des sujets tels que Theater as a social critic and promoter of female leadership in Femi Osofisan's *morountodun* and Ola Rotimi's *Uur husband has gone mad again*, la réciprocité dans les langues BAK, l'enseignement de la tradition chez Amadou H. Bâ: entre conservatisme et ouverture sur le monde, l'écriture de l'obscène et de la violence dans *Matins de couvre-feu* de Tanella, Violence dans la *chanson de Roland*.

En Sciences de l'Homme et de la Société, les différentes disciplines ont été enrichies au travers des problématiques développées. En effet, dans le champ de la Sociologie, les contributeurs ont planché sur des sujets, comme le *Tiers* chez Georg Simmel et la compréhension des parties prenantes dans la gestion des conflits agriculteurs-éleveurs à Napiélé Dougou (Korhogo/Côte d'Ivoire), Femme et pouvoir de décision dans la gestion des soins de santé : contexte de la prise en charge de l'ulcère de Buruli dans la Commune de Ze (Benin), les déterminants sociaux des mariages précoces dans les régions centrale et savanes au Togo : étude réalisée à partir du projet d'autonomisation de la jeune fille en Afrique de l'ouest de l'ONG WILDAF Afrique de l'ouest, Placer des jeunes filles en internat : contributions pour une socio-économie de l'Éducation, Facteurs explicatifs de la réticence des femmes au planning familial dans la commune de Ouidah au Benin, Séropositivité et désir d'enfant chez les femmes prises en charge par l'Association Vivre dans l'Espérance à Dapaong au Nord-Togo, la communication pour le développement : entre discours et pratiques pour la participation des populations aux projets de développement dans un environnement décentralisé, l'économie solidaire et développement local au Mali : cas des Sociétés Coopératives de l'Office du Niger, l'inclusion urbaine et gouvernance territoriale post-crise en Côte d'Ivoire : cas de la ville de Bouaké.

Le Spectre de troubles bipolaires : à propos d'un cas étudié au Centre National Hospitalier et Universitaire Psychiatrique de Cotonou, le type de handicap mental et traumatisme parental : étude auprès des parents d'enfants en situation de handicap mental au Togo, la résilience des malades insuffisants rénaux admis au service d'hémodialyse du CHU de Yopougon-Abidjan (Côte d'Ivoire), l'introduction du numérique dans le système éducatif ivoirien au travers des communes du district d'Abidjan: atouts et faiblesses et stabilité politique et développement socio-économique des pays de la CEDEAO sont les problématiques développées en Psychologie et en Éducation.

Les spécialistes de la Géographie ont été aussi au rendez-vous avec des contributions portant sur les rues en terre et les difficultés de leur praticabilité dans la ville de Kara, l'exploitation du bois d'œuvre et vulnérabilité des ressources végétales dans la partie ouest de la Région des Plateaux au Togo, l'apport socio-économique du flux

migratoire des Gulmanceba dans la Commune de Banikoara et terrorisme et régression des activités et services touristiques au Mali.

En Philosophie les réflexions portent sur les sujets tels que la dialogique des champs du savoir, condition de l'universel, de la société juste : pour une approche conglomérative de la justice, l'environnement et santé humaine : comprendre et agir pour une meilleure qualité de vie du vivant, l'humain dans la double contingence de la nature : utopie ou réalité ?, l'humain machiavélien et la question de l'intégration africaine. Un système éducatif aux antipodes d'un développement social durable : le cas de la Rome antique tels sont les sujets scrutés par les contributeurs en Philosophie.

En Histoire, les contributeurs ont été aussi prolixes à travers des sujets comme l'apport des analyses minéralogiques à la connaissance des céramiques des amas coquilliers de Songon (Sud-Côte d'Ivoire), les îlots de peuplement Ahali, Ahua et Ngban dans l'aire akan de Côte d'Ivoire à l'époque précoloniale, la libéralisation de la production d'électricité en Côte d'Ivoire de 1985 à 1999, la fondation de l'Etat gabonais : prémices de la souveraineté (1958-1963), les syro-libanais et le commerce du cola en Côte d'Ivoire (1927-1956), l'attentat de Sarakawa », entre mythe et histoire : quelle implication dans la consolidation du régime Eyadema ? (1974-1990), la *TACIËTA* : symbole de la culture et des croyances des *Batāmmāriba* du XIV^e siècle à la conquête coloniale, la place de l'instabilité familiale dans la récurrence des actes de délinquance juvénile au Gabon (2009-2018), - *Bios Kai Autobios* de l'Empereur *Aaisaros* Auguste. Essai d'analyse de la *Vita Divi Augusti*, à travers ses *Res Gestae* et les textes de Suetone et les Missionnaires SVD: derniers venus et premiers au départ des Allemands du Togo! (1847-1914).

SPECTRE DE TROUBLES BIPOLAIRES : À PROPOS D'UN CAS ETUDIÉ AU CENTRE NATIONAL HOSPITALIER ET UNIVERSITAIRE PSYCHIATRIQUE DE COTONOU

MEHINTO Michel Mètonou*
AZA-GNANDJI Guy-Gérard*
KOUGBEAGBEDE Thierry*

Résumé

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

Mots-clés : trouble bipolaire ; manie ; dépression ; logorrhée.

Abstract

Bipolar disorders seem to have become a frequent disease according to statistics. It's a pathology that usually occurs early (before age 30) in people life and is often diagnosed later. According to the DSM-V, there are three types of bipolar disorders distinguished according to the recurrence of manic and depressive episodes. This article, which focuses on this topic, is based on a clinical case study. The National Hospital Center and Psychiatric University of Cotonou served as an empirical site for the data collection that was done through clinical interview techniques semi-directive and observation. The analysis of the data shows that stressful living situations, family and emotional dysfunction are factors triggering bipolarity in the individual. The case study of K.E. reports early onset of seizures, their recurrence, the presence of logorrhea symptoms, physical and verbal aggression, hyperactivity, insomnia, and delusions with themes of grandeur and body transformation impression that have a retainer diagnosis of bipolar disorder type 1, the management of which was medicated and psychological.

Key-words: bipolar disorder; mania; depression; logorrhée

*Université d'Abomey-Calavi/Bénin ; E-mail : mipapaito01@yahoo.fr

* Université d'Abomey-Calavi/Bénin ; E-mail : gazagnandji@gmail.com

* Université d'Abomey-Calavi/Bénin ; E-mail : thierrykoug@yahoo.fr

Introduction

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

Dans les années 60, les troubles unipolaires caractérisés par des épisodes dépressifs récurrents et les troubles bipolaires ont été séparés en deux entités distinctes (C. Henry, 2009). Ces derniers, lorsqu'ils sont sévères touchent 1 à 2 % de la population mondiale, et trois fois plus dans leurs formes moins graves (OMS, 2011). Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), ils comptent parmi les dix maladies les plus invalidantes. Le diagnostic est souvent fait tardivement soit après 8 à 10 ans d'évolution, ce qui peut aggraver le pronostic. Entre 5 et 10 % des personnes ayant des épisodes dépressifs caractérisés peuvent également connaître des épisodes maniaques (M. Rochet, 2012). Selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10), pour qu'un diagnostic de trouble bipolaire soit posé, il faut qu'il y ait eu au moins un épisode dépressif caractérisé et un épisode maniaque ou hypomaniaque. Il est classique d'individualiser deux principaux types de troubles bipolaires : le trouble bipolaire I et le trouble bipolaire II. Mais, à côté de cette bipolarité, se distinguent aussi la cyclothymie et le trouble bipolaire non spécifié (APA, 2015). Le trouble bipolaire de type I est le plus typique, il est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs ; le trouble sera qualifié de bipolaire même en l'absence d'épisode dépressif. Le diagnostic de trouble bipolaire II sera posé lors de l'association d'au moins un épisode dépressif majeur et d'un épisode d'hypomanie. Bien que l'hypomanie corresponde à une forme atténuée de la manie, la forme bipolaire de type II n'en reste pas moins invalidante et le taux de mortalité de ces patients est tout aussi important (K. R. Jamison, 2007).

La clinique a prouvé qu'il existe également des états « frontières » qui sont des formes atténuées de la maladie. Entre dans ce cadre, le trouble cyclothymique défini par l'existence, pendant au moins deux ans, de fluctuations de l'humeur caractérisées par la présence de symptômes dépressifs alternant avec des symptômes hypomaniaques sans que ces oscillations thymiques puissent répondre

aux critères d'un épisode caractérisé. Ce trouble peut évoluer ultérieurement vers un trouble bipolaire de type I ou II ; il est fréquemment retrouvé chez les apparentés de patients maniaco-dépressifs (C. Gay, 2002). L'âge de début des troubles est très variable en fonction de la définition retenue pour en faire l'évaluation. L'âge moyen de survenue de la maladie se situe entre 20 et 25 ans ; cependant, il apparaît de plus en plus évident qu'il existe des formes à début précoce entre 13 et 15 ans. Un début précoce de la maladie semble prédictif d'un trouble plus sévère avec notamment des rechutes plus fréquentes, la présence d'éléments psychotiques au cours des accès, un plus grand nombre d'épisodes maniaques et davantage de sujets atteints parmi les membres de la famille. A l'inverse, il existe des formes à début tardif après l'âge de 50 ans (M. Leboyer, 2007). En somme, les troubles bipolaires sont des maladies chroniques, invalidantes et coûteuses qui figurent parmi les 10 premières maladies génératrices de handicaps et de coûts socio-économiques et leurs causes sont complexes. M-L. Bourgeois (2006) affirme que les projections sur les vingt années à venir prévoient que les troubles mentaux, et en particulier les troubles de l'humeur, vont augmenter considérablement, représentant un problème croissant de santé publique, mais aussi un problème financier dû à la perte de productivité liée au handicap et aux frais des prises en charge thérapeutique.

L'intérêt de cette recherche sur cette affection psychiatrique est lié à plusieurs facteurs : sa fréquence dans nos expériences professionnelles de prise en charge psychologique et psychothérapeutique ; l'hétérogénéité de la pathologie qui engendre des retards de diagnostic dans la prise en charge ; le risque de désinsertion familiale, sociale et professionnelle qui augmente avec le retard dans la prise en charge. A cela s'ajoute la rémission qui n'est rien d'autre qu'un processus de la diminution temporaire des symptômes et la cessation plus ou moins complète des symptômes dans la gestion de la pathologie. Elle a selon H. Ey (1954) une longueur très variable chez les malades atteints d'accès maniaco-dépressifs et ceci contribue à une controverse établie dans toutes les sociétés psychiatriques, où l'on s'interroge sur le sort et la fin des malades. Chez le patient de notre recherche, il faut constater, tout comme chez d'autres patients, que le diagnostic est parfois considéré comme « atypique » du fait de signes allégués de dissociation, de délire. L'autre facteur qui complique le tableau clinique, c'est l'annonce du diagnostic qui intervient après plusieurs années de décompensation et l'acceptation de la maladie par le patient et son entourage qui prend du temps et qui ralentit le processus de prise en charge. De ce fait, l'état psychologique du patient se dégrade avec le temps et le sentiment d'être ignoré ou incompris se présente. La présente recherche vise donc à faire une analyse psychologique du cas d'un patient hospitalisé et suivi au Centre National Hospitalier et Universitaire de Psychiatrie de Cotonou afin de mettre un accent sur la complexité du diagnostic. Pour y parvenir, la présente réflexion s'est articulée autour de l'exposé du cadre d'investigation, les matériels et

méthodes de recherche ainsi que la présentation, l'analyse psychologique et la discussion de la vignette clinique.

1. CNHUP-C : site empirique d'investigation

Le Centre National Hospitalier de Psychiatrie (CNHP-C) de Cotonou est un hôpital universitaire public. Il est réputé pour le traitement des troubles psychosociaux (toxicomanie, alcoolisme), la formation et la recherche sur toutes les maladies mentales et la réinsertion sociale des malades mentaux. C'est en 1945, que le gouvernement dahoméen en a fait un asile de « fous ». Dès les années 70, cet asile de « fous » change de statut pour devenir un centre hospitalier abritant les malades mentaux. En 1990, il a été officialisé en organisme public spécialisé, à caractère sociale jouissant de la personnalité juridique et de la semi-autonomie financière. En 2014, il est passé par décret en Centre National Hospitalier Universitaire de Psychiatrie de Cotonou.

Situé dans la plus grande ville du pays, le CNHUP-C couvre une superficie d'environ deux hectares. Il dispose de 150 lits d'hospitalisation répartis dans deux unités de soins que sont : l'Unité de soins d'Urgence Psychiatrique (USUP) et l'Unité de Soins en Toxicomanie (UST). Ces unités de soins reçoivent des malades venant de plusieurs horizons au nombre desquels : le Togo, le Ghana, le Nigéria, le Niger, le Burkina-Faso, le Congo, la RDC, le Cameroun, etc. Pour l'accomplissement de sa mission relative à l'accueil et aux soins donnés aux personnes atteintes d'affections mentales de tout genre, le centre dispose des spécialistes comme : médecins psychiatres, médecins généralistes, infirmiers psychiatriques, infirmiers d'Etat, infirmiers brevetés, techniciens de laboratoires, psychologues, assistants sociaux, aides-soignants, etc.

Le CNHUP-C a été choisi comme site empirique d'investigation parce que, de par son statut, il est le seul centre national de référence consacré au traitement des affections mentales. De ce fait, il offre un bon cadre pour l'expérimentation et l'exercice de la profession de psychologue clinicien, et aussi la possibilité de rencontrer toutes les formes possibles de troubles mentaux. De même, il constitue un cadre adéquat pour la recherche dans le domaine de la psychopathologie et de la psychologie clinique au regard de son caractère spécialisé et sa mission, celle d'assurer aux personnes souffrant des pathologies mentales tous les soins requis pour l'équilibre de leur état de santé mentale.

2. Matériels et méthodes

La présente recherche qui trouve son ancrage dans le domaine de la psychopathologie et de la psychologie clinique, opte pour une étude de cas individuel. Pour D. Castro (2009, p.2),

Les études de cas ont un rôle majeur dans le développement des pratiques psychologiques et dans la formation des praticiens. Car, en effet, elles agissent comme des puissants médiateurs entre la pratique de la psychologie clinique et les aspects théoriques de la discipline. Et à travers la présentation d'une étude de cas, le praticien explique,

comment, à sa manière personnelle, il/elle lie sur le terrain de ses interventions modèles conceptuels et modalités d'intervention »

Elle a privilégié la méthode clinique qui, selon P. Juignet (2015), permet l'acquisition des faits pertinents et comporte des procédés d'exposition qui les rendent partageables et contrôlables par la communauté des praticiens. L'utilisation de cette méthode dans le cadre de cette recherche est à deux niveaux complémentaires. Il s'agit : du niveau de sélection des techniques de collectes des données et de celui de l'étude approfondie et complète du cas identifié.

Au niveau de la collecte des données, nous avons fait usage des techniques d'observation et d'entretien clinique approfondi auprès d'un patient hospitalisé au CNHUP-C pour son état psychopathologique. La procédure de l'observation clinique a consisté à répertorier auprès du patient avec une grille d'observation, les symptômes, les signes, les comportements problèmes, les messages non verbaux, les productions diverses, les conduites, les interactions avec son entourage, etc. dans des situations diverses. L'entretien clinique quant à lui, « [...] vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (H. Bénony et K. Chahraoui, 1999, p.11). Cette technique dont l'outil est le guide d'entretien clinique a permis de collecter auprès du patient des données relatives aux facteurs déclenchants de la pathologie, aux antécédents familiaux psychiatriques, à la totalité des antécédents du patient dont les antécédents de trouble de l'humeur, aux événements traumatisants, à une revue de tous les épisodes précédents, à la recherche des comorbidités anxieuses et aux symptômes psychotiques. Au niveau de l'étude approfondie et complète du cas identifié, il s'agit pour nous d'appréhender le patient aux prises avec sa maladie en tenant compte de son anamnèse et de sa personnalité. Les informations recueillies par les différents procédés indiqués, ont fait objet d'une triangulation, d'une analyse psychologique et d'une discussion du cas. Le souci du respect de l'éthique dans la recherche sur le comportement humain et plus particulièrement de la confidentialité nous a conduit à attribuer des initiaux pour désigner le patient dont la vignette clinique est présentée ci-dessous.

3. Résultats et discussion

3.1. Présentation et analyse de la vignette clinique

3.1.1. Présentation de la vignette clinique

Accompagné de ses parents, monsieur K.E., a été admis au CNHU-PC en juillet 2007 pour agressivité physique et verbale, perte de la volonté, logorrhée, agitation psychomotrice, irritabilité, contact difficile, insomnie, propos délirants avec des thèmes de grandeur et d'impression de transformation corporelle et anorexie. Monsieur K.E., âgé de 25 ans, est élève-infirmier en formation. De nationalité béninoise, précisément de l'ethnie Xhla, il a toujours vécu au Bénin. Il est célibataire sans enfant et de religion chérubin-séraphin. Sa scolarité semble normale et sans particularité. Il a été reçu pour les mêmes symptômes la première fois en 2005, année d'obtention de son baccalauréat. Issu d'une famille polygamique de quatorze enfants dont

sept filles, il occupe la huitième position de la fratrie de même père et de mères différentes. Il est né de Mr K. A. et de O. I. seconde épouse de cette famille. D'après lui, les relations avec sa mère et ses frères et sœurs utérins sont très bonnes tandis que celles avec son père et ses frères et sœurs consanguins le sont moins et il attribue cela aux multiples conflits existant au sein de sa famille. En effet, K.E. affirme qu'il a vécu dans un climat familial conflictuel depuis son plus jeune âge à cause de la mésentente entre les trois épouses de son père. Sur le plan social, il n'a pas d'amis, il n'a pas de vie affective sentimentale. Sur le plan professionnel, il n'a pas de bonnes relations avec la hiérarchie surtout avec les femmes autoritaires. Il ne fume pas, ne se drogue pas et ne consomme pas de l'alcool.

L'état clinique de K.E. (patient) remonte à une crise survenue en 2005, dans un contexte onirique où il croyait sa sœur à l'agonie. En effet, d'après sa mère, la jeune sœur du patient était censée effectuer un voyage vers la République Démocratique du Congo afin d'aider une tante paternelle qui s'y est installée pour son commerce depuis plus d'une vingtaine d'années. K.E. s'y serait farouchement opposé sous prétexte qu'elle y serait en danger mais sa décision n'a pas été prise en compte par les autres membres de sa famille notamment son père. Selon la mère, deux jours avant le départ de sa sœur, K.E. s'est réveillé tout en sueur en hurlant le prénom de sa sœur. Après s'être calmé, il aurait expliqué à sa mère qu'il a fait un rêve dans lequel sa sœur était poursuivie par des individus qui lui voulaient du mal dans une forêt. Elle aurait trébuché et ses malfaiteurs qui étaient tous des hommes se seront mis à la rouer de coups de machette. K.E. affirme qu'il hurlait mais personne ne semblait le voir ni l'entendre et c'est à ce moment précis que sa mère l'aurait réveillé. Après avoir tout raconté à sa mère, il atteste que c'est un rêve prémonitoire et que c'est Dieu qui lui aurait envoyé ce message afin d'empêcher le voyage de sa sœur. C'est depuis cet événement qu'il est devenu "bizarre" selon les termes des membres sa famille. Il se serait mis à s'identifier comme l'unique et véritable messenger de Dieu à travers des propos tels que : « *Dieu parle à travers moi, vous feriez mieux de m'écouter* », « *je ne suis plus le fils que vous avez eu, l'esprit de Dieu est en moi* », « *traitez moi comme Dieu* ». De plus, selon l'hétéro-anamnèse, il ferait preuve d'agressivité verbale et physique envers tous ceux qui n'adhèrent pas à sa logique, serait très bruyant et agité pendant des heures pour brusquement devenir triste et léthargique ensuite. Sa famille s'inquiète pour sa vie car malgré sa première hospitalisation en 2005, les crises sont devenues de plus en plus fréquentes et surviennent sans raison apparente, ce qui a nécessité par la suite plus de 21 hospitalisations.

3.1.2. Analyse du cas clinique

3.1.2.1. Eléments biographiques et fonctionnement psychique

K.E. est issu d'une famille polygamique de trois épouses et de quatorze enfants dont sept filles et sept garçons, il occupe la huitième position de la fratrie de même père et de mères différentes. Il est né de la seconde épouse de cette famille. Il est plus proche de sa mère et de sa fratrie utérine que de son père et de sa fratrie consanguine. Cela

peut s'expliquer par le fait que la majorité des familles polygamiques fonctionne comme des familles monoparentales étant donné que la mère est la figure parentale la plus présente auprès des enfants. Dans ce type de famille, le père est souvent absent car très partagé physiquement et/ou émotionnellement, ce qui limite la consolidation des liens père-enfant. Cet état de chose est d'autant plus accru quand il s'agit d'une famille polygamique avec de nombreux enfants comme celle de K.E. De plus, l'absence de liens solides entre K.E. et ses frères consanguins peut être dû au fait que sa famille est le lieu de multiples conflits (conflits entre épouses, entre les enfants des différentes épouses, entre le mari et ses épouses...). Ce sont ces conflits qui animent le quotidien K.E. et celui de sa famille. Du fait des violences (physiques et psychologiques) qu'ils suscitent, les conflits au sein des familles polygamiques engendrent de multiples troubles et souffrances psychiques chez leurs membres. Plusieurs études à l'instar de celles menées par V. Cherian (1994), A. Al-krenawi et *al.* (1999 ; 2001) et C. Ward (2004) dans le cadre de l'analyse de la façon dont la dynamique sociale au sein de ces familles pourrait avoir des effets sur la santé psychique des individus ont mis en exergue les différents aspects desdites souffrances et leur mode d'expression.

K.E. est décrit par sa famille comme quelqu'un de très réservé et introverti. Il évite la communication et les relations. Ce trait de caractère masque sa quête pour l'autoconservation au détriment des liens relationnels. C'est un fervent croyant et il est de religion chérubin-séraphin qui est une variante du christianisme céleste. Et comme ce dernier, la religion chérubin-séraphin prône le développement et l'expression de certains "dons de Dieu" tel que le don de vision. De plus, selon cette religion, le rêve constitue la meilleure manière de recevoir les signes prémonitoires divins. Donc K.E. est moulé dans des représentations religieuses et spirituelles très résistantes, ce qui a favorisé l'expression de sa première crise par le rêve. Il semble avoir une relation fusionnelle avec Dieu car selon lui son corps est le temple de Dieu et c'est d'ailleurs pourquoi il ne veut avoir aucune relation quel qu'elle soit avec aucune femme. Son rapport aux femmes est teinté d'angoisse et de crainte. Ces seules relations au genre féminin sont celles qu'il a avec sa mère et ses sœurs. Sur le plan professionnel, il n'a pas de bonnes relations avec les femmes responsables de sa hiérarchie. Cela illustre un échec de différenciation identité/altérité de genre.

Au regard des éléments susmentionnés et du fonctionnement psychique du patient, nous sommes tenté de plaider en faveur d'une structure psychotique.

3.1.2.2. Eléments sémiologiques

Le motif de la consultation : admis pour agressivité physique et verbale, perte de la volonté, logorrhée, agitation psychomotrice, irritabilité, contact difficile, insomnie, propos délirants avec des thèmes de grandeur et d'impression de transformation corporelle, anorexie.

L'événement déclenchant : la situation clinique de K.E. remonte à une crise survenue en 2005, dans un contexte onirique où il croyait sa sœur à l'agonie. En effet, la jeune sœur du patient devait effectuer un voyage vers la République Démocratique du Congo mais K.E., s'étant opposé, a fait un rêve "prémonitoire" dans lequel sa sœur était en danger de mort. Les déconvenues psychologiques de ce rêve ont entraîné un éclatement du moi à travers des propos tels que « [...] Mon corps est le temple de Dieu c'est pourquoi il parle à travers moi [...] je ne suis plus le fils que vous avez eu vous feriez mieux de m'écouter car Dieu est en moi et je suis en lui [...] ».

Ces propos démontrent à quel point K.E. n'arrive pas à distinguer son moi du non-moi.

De plus, K.E. éprouve des difficultés à créer des liens relationnels avec toute personne en dehors de sa mère et de ses frères et sœurs utérins. Cela peut s'expliquer par le fait que sa libido est encore sous le primat des pulsions d'autoconservation. En conséquence, la survie psychique est prioritaire et les liens relationnels ne sont pas encore marqués par une libido objectale.

Aussi note-t-on au niveau de K.E. le recours à certains mécanismes de défense très archaïques tels que : la projection, le délire, le déni de la réalité objective et la reconstruction d'une néo-réalité.

3.1.2.3. Eléments étiologiques

Dans l'histoire de vie de Mr K.E., les éléments suivants ont été décrits comme le prédisposant à son état psychique actuel : il s'agit de l'absence symbolique de son père, de l'ambiance familiale conflictuelle et du vécu onirique de l'agonie de sa jeune sœur. Ces événements constituent des situations stressantes. Or, c'est souvent rétrospectivement qu'on met en relation le déclenchement initial de la maladie mentale. Chez K.E., tout s'est passé comme si les événements de vie stressants interagissaient avec un terrain particulier, fragile et vulnérable. Ces événements de vie stressants ont eu un impact croissant au fur et à mesure que la maladie évoluait ; c'est ce qu'on appelle théorie de l'embrasement empruntée à l'épilepsie. L'absence symbolique du père de K.E. a créé en lui un manque affectif récurrent qui n'a pas été résolu. L'ambiance familiale conflictuelle dans laquelle il a grandi a instauré en lui un sentiment d'insécurité envers l'autre. Ce qui a empêché sa socialisation. Le vécu onirique de l'agonie de sa sœur a été « *la goutte d'eau qui a fait déborder le vase* », ce dernier événement n'a fait que ramener à la surface tout le stress accumulé au fil de ces années ; ce qui s'est manifesté à travers sa première crise survenue en 2005. Au fil du temps, quand il n'y a pas un suivi correct, des événements de moindre importance déclenchent des épisodes de plus en plus facilement jusqu'à ce que ces épisodes se déclenchent spontanément ; c'est ce qui justifie sa récurrence en 2007.

3.1.2.4. Elaboration diagnostique

Les troubles psychotiques affectent le cerveau de façon majeure en modifiant les pensées, les croyances ou les perceptions. Les personnes atteintes d'un trouble psychotique peuvent par exemple

entendre des voix ou avoir l'impression que d'autres personnes manipulent leurs pensées. Ce sont des personnes qui ont perdu le contact avec la réalité. Les symptômes d'un trouble psychotique peuvent apparaître graduellement ou de façon soudaine.

L'hyperactivité, l'agressivité verbale, la logorrhée, l'agitation psychomotrice, l'agressivité physique, l'insomnie, l'anorexie, la perte de la volonté, l'irritabilité, le contact difficile, les propos délirants avec des thèmes de grandeur et d'impression de transformation observés chez K.E., le début précoce de la pathologie (23 ans) chez K.E., font retenir un diagnostic de trouble bipolaire. La présence d'au moins un épisode maniaque et d'un épisode dépressif ou d'un épisode mixte nous amène à poser le diagnostic de trouble bipolaire de type 1 au regard des critères du DSM-V (APA, 2015) sur cette pathologie.

3.1.2.5. Piste thérapeutique

La prise en charge a été à la fois médicale et psychologique. Le traitement médical associe un antidépresseur pour traiter les symptômes de la dépression, un stabilisateur d'humeur pour soulager les épisodes en cours et un antipsychotique pour réduire les symptômes de la manie. L'accompagnement psychothérapeutique est fait à base de la thérapie de soutien, et de la thérapie cognitivo-comportementale, précisément à travers une psychoéducation et une restructuration cognitive. La psychothérapie de soutien a consisté à montrer au patient qu'il est compris ; que sa situation n'est pas désespérée et qu'il peut et va récupérer. De même, elle a servi à renforcer l'estime de soi du patient dans le dessein de lui apporter un apaisement. Tout ceci a permis au patient de verbaliser son vécu et ses émotions. La psychoéducation quant à elle, a permis d'aider la famille de K.E. à la reconnaissance des symptômes annonciateurs des épisodes, des règles hygiénodietétiques et de l'optimisation de l'observance. Les thérapies comportementales et cognitives sont selon C. Mirabel-Sarron (2007), des psychothérapies verbales dont le but est d'apprendre au patient certaines compétences psychologiques afin de l'aider à mieux faire face à ses problèmes. Cette forme de thérapie auprès de K.E. vise une restructuration cognitive et une réadaptation comportementale. Elle est centrée sur la relation du K.E. avec son père et sa fratrie consanguine. La recherche effrénée de la fusion avec Dieu est une intellectualisation de l'angoisse liée à l'absence symbolique du père. La restructuration cognitive s'est aussi centrée sur la perception et l'interprétation du rêve qu'il a fait concernant sa sœur. A ce niveau, une déconstruction des représentations liées au rêve a été préalablement faite. Cette thérapie a permis à K.E., de pouvoir appréhender les événements stressants de sa vie sous un autre angle et de pouvoir les affronter judicieusement. En complément aux traitements médicamenteux, elle a aussi permis de réduire les rechutes dépressives et maniaques du patient.

4. Discussion de la vignette clinique

Le trouble bipolaire est un trouble de l'humeur qui est caractérisé par des épisodes de dépression (caractérisés par la tristesse, perte d'intérêts, fatigue, etc.) alternant avec des épisodes de manie

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

Selon l'Enquête sur la santé mentale et le bien-être de 2002 (Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes [ESCC], cycle 1.2), 1 % des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont présenté des symptômes correspondant aux critères d'un trouble bipolaire au cours des 12 mois précédents et 2,4 % ont déjà présenté des symptômes d'un trouble bipolaire au moins une fois dans leur vie. Le ratio entre les hommes et les femmes atteints de trouble bipolaire de type I est de 1 :1 (K. Merikangas *et al.*, 2007).

La maladie débute en moyenne vers 18 ans pour le trouble bipolaire de type I et à la mi-vingtaine pour le trouble bipolaire de type II (APA, 2013). Il s'agit d'une maladie chronique avec des périodes de rémission et de rechutes. Plus de 90 % des individus qui présentent un épisode de manie feront des rechutes (APA, 2013). Le taux de rechute est de plus de 70 % sur 5 ans (M. Gitlin *et al.*, 1995). Sans traitement, 37 % des patients font des rechutes l'année suivant un épisode et 60 % dans les deux années suivantes. Dans l'étude STEP-BD (n = 1469), 58 % des patients bipolaires atteignent la rémission mais 49 % rechutent dans les deux ans suivant l'épisode; les rechutes sont deux fois plus souvent des épisodes dépressifs que maniaques (R. Perlis *et al.*, 2006). Ces résultats correspondent à ce que nous avons observé auprès de K.E. Il a été hospitalisé en psychiatrie pour la première fois à 23 ans mais sa crise peut avoir débuté un peu plus tôt. De plus la présence de rechutes observées chez K.E. après la plupart de ses hospitalisations renforce encore plus les résultats des auteurs préalablement cités.

Après l'épisode initial, les patients présenteront des symptômes résiduels dépressifs pendant un tiers des semaines de leur vie (L. Judd *et al.*, 2002). Le trouble bipolaire de type II est plus chronique et les individus qui en sont atteints sont plus souvent en dépression. Ces épisodes peuvent être sévères et conduire à l'invalidité (L. Judd *et al.*, 2003). Le trouble bipolaire a un impact fonctionnel important, diminue la qualité de vie et est associé à des préjugés (C. Bowden,

2005, E. Michalak *et al.*, 2011). De plus, 60 % des bipolaires auront une atteinte au niveau du fonctionnement après l'épisode de manie ou de dépression. Ainsi, 30 % ne retournent pas au travail et 30 % ont une atteinte fonctionnelle après un épisode. Des atteintes cognitives peuvent contribuer aux difficultés occupationnelles et interpersonnelles (F. Dickerson *et al.*, 2004) et persister toute la vie même pendant les périodes euthymiques (A. Gildengers *et al.*, 2010). D'ailleurs à la lumière des théories cognitives de la dépression et plus particulièrement dans la variante de l'«impuissance apprise», l'accent est mis sur le sentiment de perte de contrôle éprouvé par le déprimé face aux événements négatifs (LY. Abramson *et al.*, 1978). Cette posture de la théorie de l'«impuissance apprise» fait remarquer chez K.E. qu'il y a une perte de contrôle que le patient éprouve face à l'environnement familial conflictuel, à ses relations sociales non harmonieuses surtout avec les femmes responsables de son environnement de travail ainsi qu'à la séparation avec sa sœur pour raison de voyage. D'un autre point de vue M. Kovacs et A. T. Beck (1978) estiment que la pensée du déprimé serait caractérisée par la présence de schémas dépressogènes stables et inconscients qui représenteraient un véritable trait de personnalité. Ces schémas selon ces auteurs se constitueraient lors d'événements traumatiques précoces, comme les expériences que K.E a vécues avec ses parents notamment avec son père. De même, les théories cognitives mettent un accent sur l'affaiblissement des capacités intellectuelles qui constitue une symptomatologie dépressive.

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

Conclusion

Le trouble bipolaire est une maladie chronique ayant des caractéristiques spécifiques et affectant surtout les jeunes. Cette pathologie de l'humeur demeure en dépit des progrès thérapeutiques un réel problème de santé publique. Dans la prise en charge du patient dont l'analyse psychologique du cas nous préoccupe ici, les raisons qui ont motivé notre choix sont entre autres : le retard dans le

diagnostic ainsi que sa complexité, les comorbidités, et l'important dysfonctionnement socio familial et professionnel qui accompagnent la maladie et qui aggravent le cours évolutif de celle-ci. Une bonne connaissance des particularités du trouble et des facteurs prédictifs de son évolution assurent une prise en charge précoce, adéquate et globale. C'est la raison qui nous pousse à suggérer aux professionnels du champ de la santé mentale qu'il est nécessaire de changer de stratégies thérapeutiques dans la gestion de cette pathologie en tenant compte des périodes de rémission symptomatique et des moments de rechute. Ce qu'il faut aussi retenir de cette recherche, c'est de savoir que même si l'évaluation symptomatique entrecoupée aux données recueillies auprès de l'entourage du patient amène en apparence à poser le diagnostic de trouble bipolaire, il n'en demeure pas moins que tout professionnel de la santé mentale peut se tromper de diagnostic au regard des comorbidités qui camouflent la pathologie.

Références bibliographiques

- ABRAMSON Lyn Yvonne., SELIGMAN Martin et TEASDALE John, 1978, « Learned helplessness in human : critique and reformulation », *Journal Abnorm Psychol*, 87, p. 49-74.
- AL-KRENAWI Alean, GRAHAM John and IZZELDIN Abuelaish, 2001, « The Psychosocial Impact of Polygamous Marriages on Palestinian Women », *Women and Health*, 34, 1, p. 1-16.
- AL-KRENAWI Alean and GRAHAM John, 1999, « The Story of Bedouin-Arab Women in a Polygamous Marriage », *Women's Studies International Forum*, 22, 5, p. 497-509.
- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2015, *DSM-5, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, (M.-A. Crocq et J. D. Guelfi, Trad.), Paris : Elsevier Masson. (Œuvre originale publiée en 2013).
- ANGST Jules and GAMMA Alex, 2002, « Prevalence of bipolar disorders : traditional and novel approaches », *Clin Approaches Bipolar Dis*, 1, p. 10-14.
- BENONY Hervé et CHAHRAOUI Khadija, 1999, *L'entretien clinique*. Paris, Dunod.
- BOURGEOIS Marc-Louis, 2006, *Les troubles de l'humeur*, Paris, Presses Universitaires de France.
- CASTRO Dana, 2009, *9 études de cas en clinique projective adulte*, Paris, Dunod.
- CHERIAN Varghese, 1994, « Corporal Punishment and Academic Achievement of Xhosa Children for Polygynous and Monogamous Families », *The Journal of Social Psychology*, 1, 34, 3, p. 387-389.
- DICKERSON Faith, BORONOW John, STALLINGS Cassie, ORIGONI Andrea, COLE Sara and YOLKEN Robert, 2004, « Association between cognitive functioning and employment status of persons with bipolar disorder », *Psychiatr Serv*, 55, 1, p. 54-58.
- EY Henri, 1954, *Les Psychoses maniacodépressives*, Étude n°25. Études psychiatriques. Tome III.

- GAY Christian, 2002, *Vivre avec des hauts et des bas. Un psy et un patient racontent*, Paris : Hachette littératures.
- GILDENGRAS Ariel, MULSANT Benoit, AL-JURDI Rayan, BEYER John *et al.*, 2010, « The relationship of bipolar disorder lifetime duration and vascular burden to cognition in older adults », *Bipolar Disord*, 12, 8, p. 851–858.
- GITLIN Michael, SWENDSEN Joel, HELLER Tracy and HAMMEN Constance, 1995, « Relapse and impairment in bipolar disorder », *American Journal of Psychiatry*, 152, 11, p. 1635-1640.
- GOODWIN Frederick K. et JAMISON Kay Redfield, 2007, *Manic-depressive illness: bipolar disorders and recurrent depression*, 2nd edition. New York, Oxford University Press.
- HENRY Chantal, 2009, *Du concept d'état mixte à la dimension dysphorique des manies*, Paris, Doin Ed.
- JAMISON Kay Redfield, 2007, *De l'exaltation à la dépression*, Paris, Robert Laffont.
- JUDD Lewis, AKISKAL Hagop, SCHETTLER Pamela *et al.*, 2002, « The long-term natural history of the weekly symptomatic status of bipolar I disorder », *Arch Gen Psychiatry*, 59, 6, p. 530–537.
- JUDD Lewis, AKISKAL Hagop, SCHETTLER Pamela, CORYELL William, MASER Jack, RICE John, SOLOMON David and KELLER Martin, 2003, « The comparative clinical phenotype and long term longitudinal episode course of bipolar I and II: a clinical spectrum or distinct disorders? », *Journal of Affective Disorders*, 73, 1–2, p. 19–32.
- JUIGNET Patrick, 2015, La méthode clinique en psychopathologie. In : *Philosophie, science et société*. [en ligne]. Disponible à l'adresse : <https://philosciences.com/philosophie-et-psychopathologie/psychopathologie-clinique/160-comment-se-reperer-en-psychopathologie>.
- KOVACS Mária et BECK Aaron T., 1978, « Maladaptive cognitive structures in depression », *Am J Psychiatry*, 135, p. 525-533.
- LEBOYER Marion, 2007, *Facteurs de vulnérabilité dans la maladie maniaco-dépressive*, Encyclopédie Médico-Chirurgicale, Paris, Elsevier Masson.
- MARANGELL Lauren, BAUER Mark, DENNEHY Ellen, WISNIEWSKI Stephen, ALLEN Michael H. *et al.*, 2006, « Prospective predictors of suicide and suicide attempts in 1,556 patients with bipolar disorders followed for up to 2 years », *Bipolar Disord*, 8, 5 pt 2, p. 566–575.
- MERIKANGAS Kathleen, AKISKAL Hagop, ANGST, Jules, *et al.*, 2007, « Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the National Comorbidity Survey replication », *Arch Gen Psychiatry*, 64, 5, p. 543–552.
- MICHALAK Erin, LIVINGSTON James, HOLE Rachelle, SUTO Melinda, *et al.*, 2011, « 'It's something that I manage but it is not who I am': Reflections on internalized stigma in individuals with bipolar disorder », *Chronic Illness*, 7, 3, p. 209-224.
- MIRABEL-SARRON Christine, 2007, « Les techniques en thérapie comportementale et cognitive », in *Les Thérapeutiques*

- Psychologiques*, p. 572-575 dans «Manuel de psychiatrie »
Coordonné par Prs GUELFY et ROUILLON, Editions Masson.
- NGO Thanh-Lan, PROVENCHER Martin, GOULET Jean,
CHALOULT Louis, 2015, Guide de pratique pour le Diagnostic
et le traitement du Trouble bipolaire, Jean Goulet –tccmontreal
Montréal, QC, Canada.
- OLIE Jean-Pierre, HARDY Patrick, AKISKAL Hagop *et al.*, 1990,
*Psychoses maniaco-dépressives, Encycl Med Chir (Paris,
France), Psychiatrie, 1-0* [Article 37-220-A-10].
- OMS, 2011, *Charge mondiale des troubles mentaux et nécessité d'une
réponse globale coordonnée du secteur de la santé et des
secteurs sociaux au niveau des pays*, Décembre 2011, EB130/9.
- PERLIS Roy, OSTACHER Michael, PATEL Jayendra *et al.*, 2006,
« Predictors of recurrence in bipolar disorder: Primar yout
comes from the Systematic Treatment Enhancement Program
for Bipolar Disorder (STEP-BD) », *Am J Psychiatry*, 163, p.
217-224.
- ROCHET Michel, 2012, *Des hauts et des bas qui perturbent votre vie.*
Ed. Chiron, Montigny-le-Bretonneux.
- WARD Cassiah, 2004, « I Now Pronounce You Husband and Wives:
Lawrence v. Texas and the Practice of Polygamy in Modern
America », *William and Mary Journal of Women and the Law*,
11, p. 131-151.