



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Béjaïa
Faculté des sciences Humaines et Sociales
Département de Psychologie et Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème :

***Le vécu psychologique chez les patients
atteints du Syndrome de Gilles de La Tourette.
Étude de 04 cas réalisée à Béjaïa.***

Réalisé par :

- *BELKEBLA Amine*
- *AIT ELHADJ Rima*

Encadré par :

Dr. HATEM Wahiba

Année universitaire : 2021/2022

Remerciement

Tout d'abord, nous aimerions remercier Dieu de nous avoir donné la volonté, le courage et la patience ; et nous avoir donné l'opportunité de faire ce travail.

*Nous remercions également et sincèrement : notre promotrice, Mme **Hatem Wahiba**, de nous avoir fait l'honneur de nous encadrer, et l'intérêt qu'elle nous a témoigné à ce travail, pour ses orientations, conseils et surtout pour sa patience. Soyez certaine de notre considération et de notre respect.*

*Nos remerciements vont également à tous ceux qui nous ont aidés à la réalisation de ce travail en particulier : Mme **Haderbache Benamsili Lamia**, Mme **Benazouz Amri Kahina** Et Mme **Tabia**, Mme **Ouis Hayat**, Mme **W. Bengouirah**, Mme **Julie Leclerc**, Mme **Estelle Bussières**, Mme **Annick Roussey**.*

Enfin, nos remerciements s'adressent aux personnes atteintes du SGT, qui ont accepté de nous aider à établir ce travail.

Rima et Amine.

Dédicace

Je dédie ce précieux travail

A mon cher papa et ma chère maman, qui m'ont toujours soutenu et encouragé pendant tout le long de mon parcours.

A mes deux frères « Massi » et « Ali »

A ma précieuse sœur « Nassima »

A mon neveu adoré « Aymen »

A toute ma famille

Aux plus belles copines qui soit « Lyli, Chanou, Dounia » et « Souad »

A mon cher ami et camarade de promo « Houcin »

*Et enfin à mon binôme avec qui j'ai partagé des mois de travail, d'expérience et d'efforts. C'était un plaisir de travailler avec toi
« Amine ».*

Sans oublier mon doux et tendre chat « Tigrou » qui était avec moi pendant toutes ces nuits de travail.

Rima

Dédicace

Avec toutes les expressions de gratitude que je dédie ce précieux travail à tous ceux qui me sont chers.

A mes chers parents qui m'ont toujours soutenu, encourager, veiller sur moi, afin d'arriver là où je suis maintenant.

A mon frère « Hakim »

A ma petite sœur « Imene »

A toute ma famille

A mes amis : « Mohand, Khoudir, Houssam, Kader, Mimou »

A mon meilleur ami que je considère comme mon bras droit, et plus qu'un frère « Kamel »

A mon binôme que, sans elle, ce travail ne serait pas réalisé, c'était un privilège de partager ce mémoire avec toi « Rima ».

Enfin à tous ceux qui m'ont soutenu durant cette période d'accomplissement de ce travail.

Amine

*Le Syndrome de Gilles de la Tourette,
n'est pas que des tics.*

Table des matières :

Introduction générale	01
Problématique et hypothèses	04
<i>Partie théorique</i>	13
<i>Chapitre 01 : Le Syndrome de Gilles de La Tourette</i>	14
Préambule	15
I. Aperçu Historique	15
1- Biographie de Georges Gilles de La Tourette	15
2- George Gilles de la Tourette et le SGT	16
3- Les travaux effectués après Gilles de la tourette	18
II. Le SGT	18
1- Définition du SGT	18
1-1- Définition du SGT selon le DSM 5	19
2- La prévalence du syndrome	19
3- Le diagnostic du SGT	20
3-1- Évaluation diagnostique	20
3-2- Évaluation neuropsychologique	21
3-3- Diagnostic clinique et différentiel	22
4- Les symptômes du SGT	23
4-1- Définition des tics	24
4-2- Types de tics	25
4-3- Epidémiologie	28
5- Les causes du SGT	28
5-1- Hypothèse neurobiologique	28
5-2- Hypothèse génétique	29
5-3- Hypothèse périnatale	30
5-4- Hypothèse de l'apprentissage psychosociale	30
6- Les comorbidités psychiatriques du SGT	31
6-1- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité	31
6-2- Trouble obsessionnel compulsif (TOC)	32
6-3- Les troubles anxieux et de l'humeur	34
6-4- Les épisodes explosifs et agressivité	36
6-5- Les troubles d'apprentissage	37

III. La prise en charge des patients atteints du SGT	38
1- Les thérapies comportementales et cognitives	39
2- Interventions cognitives et comportementales.....	39
3- Intervention cognitive comportementale et psychophysiological	41
4- Intervention spécialisée pour les épisodes explosifs	43
5- Le traitement pharmacologique (médicamenteux)	45
6- Traitements neurochirurgicaux	48
7- Autres traitements	48
Synthèse	48
<i>Chapitre 02 : Le vécu de la maladie</i>	49
Préambule	50
1- Le vécu	50
1-1- Définition du vécu	51
1-2- Définition du vécu psychologique.....	51
2- Les émotions	52
2-1- Qu'est-ce que l'émotion.....	53
2-2- Les types des émotions	54
2-2-1- Simples.....	54
2-2-2- Mixtes	55
2-2-3- Refoulées	55
2-2-4- Pseudo-émotions	55
3- Le sentiment subjectif	55
4- Fonctions et manifestations des émotions.....	56
5- Les compétences émotionnelles	56
5-1- Les composantes de la compétence émotionnelle	58
6- Les dysfonctionnements des émotions	59
7- Les troubles du sommeil.....	62
7-1- Qu'est-ce que le sommeil.....	62
7-2- L'insomnie	63
Synthèse	65
<i>Partie pratique</i>	66
<i>Chapitre 03 : Méthodologie de la recherche</i>	67
Préambule	68

1- Les limites de la recherche	68
2- Méthode utilisée dans la recherche	68
3- Présentation des lieux de recherche	71
3-1- Présentation du cabinet privé de psychiatrie	71
3-2- Présentation de la polyclinique d'Akbou	71
3-3- Présentation de l'Université Abderrahmane Mira de Bejaïa	72
4- Groupe de recherche	72
4-1- Les critères d'inclusion	72
4-2- Les critères d'exclusion	73
5- Les outils de recherche	74
5-1- L'entretien de recherche	74
5-2- L'entretien semi-directif	75
5-3- Le guide d'entretien	76
5-4- Description de l'échelle du PCE	77
5-5- Description de l'échelle du HADS	80
6- Déroulement de la recherche	81
6-1- La pré-enquête	81
6-2- L'enquête	83
7- Les difficultés rencontrées durant la recherche	84
Synthèse	85
<i>Chapitre 04 : Analyse des résultats et discussion des hypothèses</i>	86
Préambule	87
1- Présentation et analyse des résultats des 4 cas	87
1-1- Cas N°01 : Aymen	87
1-1-1- Analyse de l'entretien clinique	87
1-1-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Aymen	93
1-1-3- Présentation et analyse des résultats de Aymen dans l'échelle du PCE	93
1-1-4- Présentations et analyse des résultats de Aymen dans l'échelle de HADS	94
Synthèse du cas	96
1-2- Cas N° 02 : Anis	97
1-2-1- Analyse de l'entretien clinique	97
1-2-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Anis	102

1-2-3- Présentation et analyse des résultats de Anis dans l'échelle du PCE.....	102
1-2-4- Présentations et analyse des résultats de Anis dans l'échelle de HADS.....	103
Synthèse du cas	106
1-3- Cas N°03 : Maya	106
1-3-1- Analyse de l'entretien clinique.....	106
1-3-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Maya	110
1-3-3- Présentation et analyse des résultats de Maya dans l'échelle du PCE	110
1-3-4- Présentations et analyse des résultats de Maya dans l'échelle de HADS.....	112
Synthèse du cas	114
1-4- Cas N°04 : Tarik.....	114
1-4-1- Analyse de l'entretien clinique.....	114
1-4-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Tarik	118
1-4-3- Présentation et analyse des résultats de Tarik dans l'échelle du PCE.....	118
1-4-4- Présentations et analyse des résultats de Tarik dans l'échelle de HADS.....	120
Synthèse du cas	122
2- Discussion des hypothèses.....	125
Synthèse.....	133
Conclusion générale	131
Liste bibliographique	134
Annexe.....	148

Listes des tableaux

N° du tableau	Titre du tableau	Page
N° 01	Répertoire des tics observés chez les personnes ayant le SGT	27
N° 02	Exemple de tics sensoriels, de tics cognitifs et d'obsessions-compulsions pouvant aider à la différenciation	33
N° 03	Les principales étapes du renversement d'habitudes de Azrin et Nunn (1973)	40
N° 04	Etapes thérapeutiques des traitements CoPs (O'connor 2005) et Façotik (Leclerc et al. 2013)	43
N° 05	Programme d'intervention « prends ton tourette par les cornes ! »	44
N° 06	Les principaux médicaments répertoriés pour le traitement des symptômes du SGT, selon différentes études.	47
N° 07	Les cinq compétences émotionnelles de base	57
N° 08	Tableau récapitulatif des cas étudiés	73
N° 09	Résultats de Aymen obtenus dans l'échelle PCE	93

N° 10	Résultats de Anis obtenus dans l'échelle PCE	102
N° 11	Résultats de Maya obtenus dans l'échelle PCE	110
N° 12	Résultats de Tarik obtenus dans l'échelle PCE	118
N° 13	Récapitulatif des résultats obtenus au profil des compétences émotionnelles	122
N° 14	Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle de la dépression et de l'anxiété	123
N° 15	Principaux symptômes rencontrés chez les 4 cas	124
N° 16	Répartition des résultats du HADS de tous les cas selon le degré	128
N° 17	Répartition des résultats du PCE de tous les cas selon le degré	132

Listes des abréviations

Abréviation	Transcription
SGT	Syndrome de Gilles de la Tourette
TTC	Trouble de Tics Chronique
PCE	Profil des compétences émotionnelle
HADS	Hospital Anxiety and Depression Scale
EE	Episodes Explosifs
TOC	Trouble Obsessionnel Compulsif
TDAH	Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité
CHU	Centre Hospitalier Universitaire
DSM	Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
YGTSS	Yale Global Tic Severity Scale
TSGS	Tourette's Syndrome Global Scale
IRM	Imagerie par Résonance Magnétique
PANDAS	Pediatric Autoimmune Neuro Psychiatric Disorders
APA	American Psychological Association
RH	Renversement D'Habitude
TCC	Thérapie Cognitivo Comportementale
CoPs	Cognitive and Psychological Treatment
YCGSI	Yale Children's Global Stress Index
CE	Compétence émotionnelle
AFSGT	Association Française du Syndrome de Gille de la Tourette
AQST	Associations Québécoise du Syndrome de la Tourette

Liste des annexes

N° de l'annexe	Titre
Annexe N° 01	Guide d'entretien
Annexe N° 02	Echelle du PCE
Annexe N° 03	Echelle de HADS
Annexe N° 04	Résultats obtenus par Aymen à l'échelle du PCE
Annexe N° 05	Résultats obtenus par Aymen à l'échelle du HADS
Annexe N° 06	Résultats obtenus par Anis à l'échelle du PCE
Annexe N° 07	Résultats obtenus par Anis à l'échelle du HADS
Annexe N° 08	Résultats obtenus par Maya à l'échelle du PCE
Annexe N° 09	Résultats obtenus par Maya à l'échelle du HADS
Annexe N° 10	Résultats obtenus par Tarik l'échelle du PCE
Annexe N° 11	Résultats obtenus par Tarik à l'échelle du HADS

Introduction Générale

Introduction générale

Dans les temps les plus reculés, la santé était vue et jugée comme un bien de dieu, où les causes et l'origine des maladies demeuraient inconnues, et étaient interprétées comme une malédiction.

Quand la santé va, tout va ! un bien précieux pour l'être humain, quand on parle de la santé, on se sent tous concernés, c'est un état d'équilibre qui renvoie à l'état du corps, un processus qui est marqué comme dynamique, et en le décrivant plus précisément par un noyau vital pour la survie et l'évolution de l'être humain, et qui touche le plan physique, mental et social. Une homéostasie à la fois biologique et psychologique. C'est avoir un fonctionnement régulier de l'organisme, ce qui va permettre de faire face aux différentes situations, être capable de surmonter les difficultés quotidiennes.

Une altération de la santé représente une atteinte de l'organisme par une maladie, ce qui va bouleverser les capacités du corps et provoquer des perturbations sur le plan physique et psychologique.

L'être humain peut faire face à plusieurs atteintes, de différents types et catégories qui peuvent affecter directement le vécu et le déroulement de la vie de la personne. Parmi ces maladies, on cite le syndrome de Gilles de La Tourette.

Le SGT est une maladie neuropsychiatrique à composante génétique, qui se caractérise principalement par des tics involontaires, avec une spécificité des troubles associés qui peuvent affecter directement la personne concernée de l'atteinte, tout en provoquant des changements dans la vie des patients.

Pour certains cas, entre accepter leur maladie ou non, les changements qui peuvent survenir, représentent un très grand défi afin de s'y adapter, et d'essayer de gérer cette maladie si difficile et compliquée. Les perturbations qui surviennent affectant différentes sphères de son vécu, et qui demeure un très grand champ d'intérêt, et pour cela et dans le cadre de notre recherche, nous avons décidé d'explorer « Le vécu de la maladie chez les patients atteints du syndrome de Gilles de La Tourette »

Le vécu désigne l'ensemble des expériences existant dans la vie d'une personne, les patients atteints du SGT souffrent de plusieurs problématiques, et des

difficultés qui représentent une grande tension et une pression énorme sur eux, ainsi que leur entourage et faire face à la maladie demande une très grande capacité de tolérance et de patience. Chaque patient vit sa maladie de deux façon différentes, il y'a ceux qui arrivent à accepter leur maladie et avancer dans leur vie malgré les difficultés, et ceux qui n'acceptent pas cette maladie ou trouvent des difficultés à la gérer, ce qui provoque un dysfonctionnement et des modifications dans le déroulement de leur vie.

En Algérie, les études sur les patients du SGT sont très rares, même inexistantes, malgré l'importance et la sensibilité de cette maladie qui ne trouve pas un intérêt des chercheurs et malgré son grand impact et sa complexité qui représente un sujet très délicat surtout quand il est question de la prise en charge.

Pour notre travail de recherche, nous avons ciblé la piste des émotions et des troubles anxieux, ainsi que les perturbations du sommeil, afin de bien savoir et comprendre comment les patients atteints du syndrome de Gilles de La Tourette vivent avec leur maladie, et les difficultés qu'ils rencontrent en voyant les tics persister sans pouvoir les contrôler, tout en utilisant la méthode clinique qui permet de décrire les particularités de chaque patient, en s'appuyant sur l'entretien semi directif et l'échelle de PCE, l'échelle HADS, et en utilisant l'approche cognitivo comportementale qui s'accorde bien avec les objectifs de notre recherche, ainsi qu'avec les outils que nous avons décidé d'utiliser.

Pour organiser notre travail, nous avons commencé par l'introduction puis la partie théorique qui est devisée en deux chapitres, le premier chapitre intitulé « Le syndrome de Gilles de La Tourette », le deuxième chapitre est consacré pour « Le vécu de la maladie »

Deuxièmement, la partie pratique où nous allons présenter le premier chapitre qui est « La méthodologie de la recherche », le deuxième chapitre concerne la présentation et analyse des hypothèses, puis nous terminerons par la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

Problématique et hypothèses

Problématique et hypothèses

La prolifération des maladies durant la dernière décennie a mis en œuvre des nouvelles conceptions des maladies mentales et psychiatriques, ce qui a permis l'émergence des changements significatifs dans la classification nosographique des différents troubles, pathologies, qui étaient avant peu connus ou mis dans des rubriques partielles sans approfondissement, ou suivant des facteurs étiologiques et autres.

Les atteintes auxquelles l'être humain peut faire face durant sa vie ne se terminent pas, et peuvent prendre différentes formes et être à la fois organiques et mentales. L'influence va être réciproque. Parmi ces maladies, on trouve la catégorie des troubles neuropsychiatriques dans lesquels figure le syndrome de Gilles de la Tourette qu'on va évoquer dans la présente étude.

Depuis des années, le SGT a été une maladie incomprise. Les discussions et les débats autour de ce syndrome ne cessaient d'accroître, beaucoup de chercheurs et de spécialistes s'y intéressent, voulant déchiffrer ce que c'est et ce qui vient avec.

Le SGT est un trouble complexe décrit par Gille de la Tourette, comme un désordre principalement neurologique (d'autres le définissent comme trouble neuro-développemental). Il se caractérise par la présence simultanée ou différée d'au moins un tic sonore et de plusieurs tics moteurs.

L'origine du SGT est multifactorielle, génétique, environnementale et neurobiologique, avec une association des troubles moteurs, psychiatriques et comportementaux. (Mermillod, et al., 2008, p. 399)

Un tic se définit comme un mouvement ou une vocation qui se produit de manière soudaine, récurrente, non rythmique et stéréotypée. Ils correspondent à des mouvements ou à des émissions vocales, par contraction musculaire soudaine, brève intermittente et répétitive, contrôlable transitoirement par l'individu, mais leur réalisation n'est pas volontaire. (Xavier, 2017, p. 16)

Le SGT doit être diagnostiqué avant l'âge de 18 ans et il est plus fréquent chez les garçons que chez les filles (3 garçons pour 1 fille). Le taux de prévalence est de 5 à 30 enfants et de 1 à 2 adultes sur 10 000. (APA, 2003)

La proportion estimée par les auteurs varie de 0,1 % à 2 %, et jusqu'à 26 % dans une population ciblée d'enfants ayant des besoins scolaires spécifiques. Une enquête menée aux États-Unis a estimé à 3 pour 1 000 la prévalence des cas cliniquement identifiés. (Centers for Disease Control and Prevention, 2009)

Cette prévalence varie toutefois selon les caractéristiques de la population étudiée, les critères diagnostiques et les méthodes d'évaluation utilisées. En effet L'expression variable du syndrome peut faire en sorte que les formes les moins sévères soient moins reconnues et diagnostiquées. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 99)

Shapiro et ses collaborateurs mentionnent que 10% à 20% des enfants sans diagnostic du SGT peuvent manifester des tics transitoires ou d'autres comportements involontaires au cours de leur développement. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 14)

L'affection du SGT débute généralement dans l'enfance et évolue à travers une succession de périodes d'aggravation et d'accalmie relatives des tics. L'âge moyen du diagnostic du SGT est de 6 ans et le diagnostic est de deux à quatre fois plus fréquent chez les garçons. La plupart des symptômes peuvent persister à l'âge adulte chez environ un tiers des patients. Durant cette période les symptômes tendent soit à s'améliorer soit à demeurer stables. Les cas se différencient et chacun avec sa particularité. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016)

La cause et l'étiologie de la maladie de Gilles de la Tourette est inconnue et demeure encore aujourd'hui incertaine concernant la contribution d'une susceptibilité génétique et biologique.

L'étude des déterminants génétiques du SGT suggère l'implication de plusieurs gènes surtout ceux impliqués dans les voies histaminérgiques et glutaminérgiques ainsi que les récepteurs de la dopamine et des symptômes dopaminérgiques et sérotoninérgiques. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016)

On évoque aussi le réseau des neurones à partir des modulations neurochimiques, un déclenchement des neurotransmetteurs, ainsi que des explications d'ordre psychanalytique où on avance l'association des manifestations des tics à une réaction de rage refoulée ou des conflits familiaux et plusieurs autres

hypothèses explicatives sur l'étiologie de ce syndrome. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Le syndrome de Gilles de la Tourette, autant qu'il est un trouble neuro-développemental, est accompagné par nombreux troubles associés d'ordre psychologique qu'on appelle comorbidités et qui peuvent être déclenchés par de multiples facteurs.

Des auteurs estiment qu'environ 50% des enfants atteints du SGT présentent un diagnostic concomitant ou le pronostic se révèle généralement moins favorable lorsque le SGT est associé à d'autres troubles. (Leclerc, Laverdure, Forget, O'Connor, & Lavoie, 2010). Dans le cas général, les comorbidités associées au SGT sont en nombre de cinq, et qui sont : le trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité (TDAH), le trouble obsessionnel compulsif (TOC), les troubles anxieux, la dépression et les épisodes explosifs (EE). Il y a des chercheurs, comme Julie Leclerc qui a ajouté les troubles d'apprentissage comme cinquième trouble, avec l'association des épisodes explosifs dans les troubles anxieux, et d'autres qui ont mis les troubles du sommeil comme comorbidité existante.

Les troubles associés au SGT ne peuvent pas persister tous ensemble mais peuvent apparaître durant des périodes intermittentes où l'association peut se faire à partir des phases développementales, cas social ou socialisation ainsi que l'impact de la famille qui peut être un facteur déclenchant.

Par ailleurs, notre recherche s'intéresse au vécu de la maladie chez les patients atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. Vivre une partie de sa vie avec une maladie est difficile au moment présent par le patient et même au futur. Cette difficulté se résume par les contraintes des traitements et des limites physiques. Ces contraintes demandent une prise de conscience que le corps est atteint et qu'il est obligé de vivre avec cette maladie et de faire face.

Le moment de l'annonce de la maladie pour un patient atteint du SGT, représente un bouleversement de sa vie, un événement qui va basculer son quotidien. La survenue du Syndrome de Gilles la Tourette est vécue et ressentie différemment par chaque patient en fonction de leurs capacités physiques et psychiques, sans oublier les situations socio-économiques et culturelles. Tout ceci

représente un ensemble des sentiments, émotions, pensées, réactions que l'individu y met de lui et dans son entourage. (Konan, et al., 2012)

L'expérience du vécu de la maladie reste une particularité très sensible qui ne peut être comprise facilement par l'entourage familial, scolaire ou même social, c'est une expérience accessible seulement au sujet concerné de l'atteinte, un sentiment propre à lui et qui n'est pas partagé.

L'influence du vécu sur le patient peut affecter son comportement individuel et sa personnalité. L'impact peut varier entre négatif et positif selon l'attitude adoptée par l'individu, cette attitude influence directement l'état de santé où celle-ci peut avoir un rôle majeur, des réactions qui peuvent apparaître face à des situations de stress ou d'hostilité élevée. (Thiam, 2012)

Parmi les notions qui peuvent affecter le vécu des patients atteints du SGT, on évoque les perturbations du sommeil, qui se caractérise par une insomnie qui est très fréquente et présente un bouleversement chez la personne concernée, elle peut entraîner des changements et des altérations profondes, ce qui aura un impact négatif sur le tempérament et les émotions en général.

Dans la littérature mondiale, il y a eu 430 cas relevés de 1810 à 1972. Parmi les études qui ont été effectuées sur ce Syndrome, on trouve une qui a été menée au Madagascar, par Anssoufouddine Mohamed, à propos d'un cas observé au CHU de Mahajanga, durant la période de janvier 1997 jusqu'au mois de décembre 1999. Ce cas qui était un enfant de 13 ans avait été diagnostiqué du SGT après qu'il s'est présenté au CHU pour agitation psychomotrice, turbulence, et irritabilité caractérielle depuis l'âge de 11 ans. Le cas présentait des mouvements anormaux, des tics moteurs et sonores complexes avec une agressivité verbale voire une coprolalie, des attitudes d'hétéro-agressivité et psychopathiques, malgré les scanners et le reste de l'examen neurologique qui se sont révélés normaux et le traitement médicamenteux qu'il a reçu, mais son état l'a mené vers un échec scolaire. L'effort volontaire du patient durant l'entretien pour lutter contre les mouvements anormaux s'avère efficace mais exécutés de façon très pénible.

En juillet 2014, une autre étude a été publiée, qui a été faite au sein de l'université du Québec à Montréal. Roula Daghfal a déposé un essai présenté comme exigence partielle du doctorat en psychologie. Intitulé « Profil clinique associé

au Syndrome de Gilles de la Tourette », qui était une étude génétique et clinique sur 320 enfants âgés entre 6 à 16 ans atteints du SGT et leurs parents entre 2000 et 2008. Un travail mené par une équipe multidisciplinaire dirigée par les Drs. Guy Rouleau et Sylvain Chouinard et a été approuvée par les comités d'éthique de l'hôpital Ste-Justine et du Centre Hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM).

Le but de l'étude génétique était de trouver un effet fondateur, pour cela les familles ont été recrutées à la Clinique Tourette de l'Hôpital Sainte-Justine, où les résultats ont montré que tous les participants avaient quatre arrière grands parents d'origine canadienne française.

Cliniquement, le TDAH a été diagnostiqué chez 53% des participants et les symptômes obsessifs- compulsifs ont été diagnostiqués chez 51% des enfants. Ces taux de comorbidités correspondent à ceux généralement obtenus dans des échantillons cliniques d'enfants atteints du SGT dans les cliniques spécialisées. (Daghfal, 2014)

Au cours de la dernière décennie, les chercheurs ont manifesté leur intérêt pour le vécu des personnes atteintes du SGT. Une recherche décrivant la qualité de vie des personnes atteintes du SGT a été réalisée en 2001. Les chercheurs ont recruté 103 participants âgés de 16 à 54 ans pour participer à un entretien semi-dirigé portant sur la qualité de vie (physique, psychologique, sociale, quotidienne et cognitive) et 90 d'entre eux ont rempli des questionnaires évaluant la gravité des tics ainsi que la présence de dépression, d'anxiété et de comportements obsessionnels-compulsifs. Les résultats ont démontré une atténuation de la qualité de vie au plan physique, car les tics moteurs causaient des malaises physiques et de l'épuisement, en plus d'interférer dans le fonctionnement de la vie quotidienne. Les facteurs qui influençaient la qualité de vie des personnes atteintes du SGT étaient la présence de comportements obsessionnels-compulsifs, d'anxiété, de dépression, de tics graves et le fait d'être sans emploi. Malgré tout, 71 % des participants de l'étude se disaient toutefois heureux dans leur mariage et supportés par leur famille. Les autres participants (29 %) ont mentionné leur difficulté à accepter leur syndrome, leur incapacité à parler de leur syndrome à autrui, la présence de tensions dans leurs relations avec les pairs à cause de leurs problèmes de comportement et le fait de se sentir rejetés par leur famille et par leurs pairs. Ces participants trouvaient également

difficile de se faire un réseau social à cause des restrictions (embarras, stigmatisation sociale, incapacité à vivre dans leur maison, d'aller au cinéma ou dans les bars, etc.) que leur imposait leur état. (Gascon, Nolin, & Lussier, 2011)

À partir de ce qu'on a énoncé ci-dessus, nos questions sont formulées de la manière suivante :

1- Est ce que les patients atteints du SGT manifestent des troubles anxieux et/ou des perturbations du sommeil ?

2 - Les patients atteints du SGT, trouvent-ils des difficultés à gérer leurs émotions ?

Les hypothèses :

1- Les patients atteints du SGT manifestent des troubles anxieux et/ou des perturbations du sommeil.

2- Les patients atteints du SGT ont des difficultés émotionnelles qui se traduisent par :

- Des épisodes explosifs.
- L'isolement.
- Changement de tempérament.

Opérationnalisation des concepts :

Le Syndrome de Gilles de La Tourette :

Le syndrome de Gilles de La Tourette est une affection neurologique, perçu par les gens comme un désordre comportemental et émotionnel, et ne se résume pas à l'apparition des tics moteurs et vocaux chroniques où passagers, mais s'accompagne de trouble associés notamment appelés comorbidités.

Les Tics :

Les tics sont des mouvements brusques, involontaires, soudains, où des sons, d'une partie du corps, incontrôlable, d'une manière non rythmique et répétitifs. Se produisent chez environ 20% des enfants, mais peuvent toucher aussi les adultes, et ce sont souvent des tics du visage, particulièrement des yeux, mais peuvent également être moteurs.

Le vécu :

Expérience réellement vécue, les faits, les événements de la vie réelle, mener son existence, sa vie, d'une certaine manière, et certaine condition.

Le vécu psychologique :

C'est ce que l'on a connu, ressenti, perçu, lors d'une expérience réelle et les éprouvés qui découlent de cet événement où il englobe les pensées, les émotions et le sentiment de soi. Le vécu psychologique n'est pas le même évidemment pour tous.

Les émotions :

Mouvements affectifs soudains et temporaires, une réaction à un événement, une interaction humaine ou une pensée, causée par un sentiment vif de peur, de surprise, de joie, Etc.

Les compétences émotionnelles :

Désignent la capacité à identifier, comprendre, exprimer, utiliser ses émotions et celles d'autrui. Elles jouent un rôle essentiel dans la santé mentale, la santé physique, la performance au travail et les relations sociales.

Troubles anxieux :

Les troubles anxieux sont caractérisés par une anxiété excessive et chronique, regroupent divers troubles difficiles à gérer, qui se manifestent de façon très variable. Il peut s'agir de troubles de panique avec ou sans agoraphobie, les phobies simples, spécifique et sociale, l'état de stress aigu, l'anxiété généralisée, le trouble obsessionnel compulsif, l'état de stress post traumatique.

Perturbations du sommeil :

Le sommeil permet à l'organisme de reprendre ses forces. De nombreux phénomènes peuvent perturber le sommeil, et cela en affectant la qualité, la durée ou le déroulement de l'endormissement, avec plusieurs conséquences sur la santé mentale et physique. Les perturbations du sommeil se caractérisent par des pathologies telles que : l'insomnie, les parasomnies, la narcolepsie, et autres.

Partie théorique

Chapitre 01

Le Syndrome de Gilles de La Tourette

Préambule

Le syndrome de Gilles de La Tourette (SGT) a été décrit pour la première fois par le neurologue français George Gilles de La Tourette à qui il a attribué son nom. Une maladie neuropsychiatrique à composante génétique qui associe des tics moteurs et sonores évoluant dans un contexte de comorbidités psychiatriques. Le SGT est une maladie rare et mystérieuse jusqu'à maintenant, c'est ce qui lui donne sa spécificité.

Dans ce cadre, notre premier chapitre s'intitule « le syndrome de Gilles de La Tourette », il est divisé en trois parties où la première est consacrée à l'aperçu historique dont on citera aussi : la biographie de George Gilles de La Tourette, George Gilles de La Tourette et le SGT, ainsi que les travaux effectués sur le SGT après Gilles de La Tourette.

La deuxième partie est consacrée au syndrome de la Tourette où on citera : la définition du SGT puis sa prévalence, le diagnostic du SGT, les symptômes du SGT où on cite la définition des tics et leurs types, puis l'épidémiologie et les causes du SGT, et enfin les comorbidités du SGT.

La troisième partie est consacrée pour la prise en charge des patients atteints du SGT où on va aborder la prise en charge thérapeutique et médicamenteuse.

I. Aperçu Historique

1- Biographie de Georges Gilles de La Tourette

Georges Albert Édouard Brutus Gilles de La Tourette né le 30 octobre 1857 à Saint Geravis, les trois clochers dans le Poitou, entre Loudur et Chatellerault en France. Georges Gilles de la Tourette était un brillant élève, bien que turbulent, au lycée de Chatellerault et obtient son baccalauréat à 16 ans. Il a fait ses études à l'école de médecine de Poitiers, élève parmi les plus appréciés de Jean-Martin Charcot (1825- 1893), qui est connu de ses contemporains pour ses publications sur l'hypnotisme, l'hystérie, dès 1881, George s'intéresse aux maladies neurologiques,

en cette même année il est nommé interne des hôpitaux au 28^{ème} rang d'une promotion.

Gilles de La Tourette soutient sa thèse Lundi 28 décembre 1885, présidée par Charcot qui avait suggéré le travail en 1884, sur l'étude clinique et physiologique sur la marche, avec le temps, Charcot en fait son chef de clinique en 1887-1888. (Walusinski, 2016).

En 1893, une année noire pour Gilles de La Tourette, son état se dégrade après la mort de son fils le 11 juillet, suivi de celle de son mentor Charcot survenue juste après cinq semaines. Puis un jour une jeune femme de 29 ans Laurence-Rose le coq qui se faisait appeler Rose Kamper vient l'attendre à son cabinet sous prétexte de lui demander une aide financière et dédommagements d'un préjudice, après le refus de George Gilles de la Tourette, Rose Kamper sort un revolver de son sac et tire 3 balles dont l'une l'atteint superficiellement à la nuque. L'état de Gilles de la Tourette se dégrade au fur des années et a été diagnostiqué de paralysie générale. Interné dans une clinique psychiatrique à Lausanne malgré les soins prodigués, Gilles de la Tourette meurt le 22 mai 1904 au cours d'un état de mal convulsif entouré de sa famille à Cery. (Walusinski, 2016, p. 494)

2- George Gilles de la Tourette et le SGT

C'est George Gilles de la Tourette qui a proposé la définition scientifique au syndrome portant son nom et à qui il doit sa célébrité considérée posthume, et c'est Charcot qui lui a proposé l'appellation « maladie de Gilles de la Tourette » ou simplement « SGT ». (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

En 1885, Dans un article publié dans les Archives de Neurologie (La Tourette, 1885) le Français Georges Gilles de la Tourette décrit pour la première fois, neuf cas de personnes présentant une affection nerveuse caractérisée par trois symptômes : une incoordination motrice, de l'écholalie (répétition automatique de sons ou de mots déjà entendus) et de la coprolalie (impulsion à dire des mots orduriers, scatologiques ou blasphématoires). (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 01)

La publication rapportait l'étude sur une affection caractérisée par l'incoordination motrice accompagnée d'écholalie et de coprolalie. Les signes d'une

nouvelle maladie dégagée du chaos des chorées, Charcot a déclaré dans une clinique que la maladie nerveuse présentée par Gilles de la Tourette dans les archives de neurologie a des caractères spéciaux assez tranchés. (Walusinski, 2016)

Le premier cas présenté par Tourette est d'abord identifié par Jean Marie Itard médecin à l'Institut des sourds-muets de Paris. En 1825, il décrit alors le cas de la Marquise de Dampierre, âgée de 26 ans, qui dès l'âge de 7 ans présente des contractions convulsives des muscles des mains et des bras. Plus tard, les manifestations se généralisent et incluent des spasmes au dos, au cou et au visage, accompagnés de cris et de mots n'ayant aucun sens. Bien qu'elle ne présente aucune perte de facultés mentales, les problèmes de son langage deviennent de plus en plus incommodes. Elle peut, par exemple, interrompre une conversation en prononçant des mots grossiers, manifestement contre sa volonté. La marquise explique que plus les expressions lui paraissent révoltantes, plus elle est préoccupée et tourmentée devant son incapacité à se contrôler et devant le besoin irrésistible d'émettre ces réactions. À un âge avancé, elle se présente à la Salpêtrière où Charcot peut observer ses tics et sa coprolalie. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 03)

Les six patients observés par Tourette sont des hommes dont l'âge varie de 11 à 24 ans. Trois présentent une incoordination musculaire généralisée et de la coprolalie (deux font aussi de l'écholalie). Les trois autres font des sauts, l'un d'entre eux émet des cris inarticulés et deux d'entre eux présentent des contorsions de la face. Les deux derniers cas proviennent d'observations cliniques du médecin Charles Féré de la Salpêtrière et du professeur Pitres à Bordeaux. Il s'agit respectivement d'un garçon de 14 ans et d'une jeune fille de 15 ans. Les deux présentent une incoordination musculaire généralisée et de la coprolalie. La jeune femme présente aussi de l'écholalie. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, pp. 03-04)

Gilles de la tourette soutient sa thèse en doctorat un an plus tard. Il souligne notamment la normalité de l'état mental des patients. Le neurologue se désintéresse ensuite de cette « maladie ». (Dubuc, Josse, & Debray, 2015).

Gilles de la tourette ne reparlera personnellement de sa maladie qu'en 1899, six ans après la mort de Charcot, en la nommant « la maladie des tics convulsifs », en présentant l'observation d'une jeune patiente. La maladie de la Tourette disparaît

ensuite presque complètement de la nosographie pour des décennies. Dans la biographie qu'il écrit lors du décès de Gilles de la Tourette, Le Gendre n'accorde que huit lignes à la publication de la maladie de Gilles de la Tourette.

3- Les travaux effectués sur le SGT après Gilles de la Tourette

Malgré que les travaux de Tourette ont une grande importance mais ils ne sont pas repris par la clinique médicale et psychiatrique de l'époque, la nosographie est silencieuse, Guilly note qu'entre 1885 et 1965, la littérature médicale n'a décrit que 50 cas du SGT, Ey (1967) ignore le syndrome. Dans son ouvrage sur la psychiatrie infantile, Michaux (1967) le décrit en quelques lignes sous rubrique tics, il faut attendre l'ouvrage multidisciplinaire de Shapiro et ses collaborateurs (1978) et la publication du DSM 3 deux ans plus tard pour voir réapparaître un intérêt pour le syndrome. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

En 1961, le neurologue J-N Seignot, réussit pour la première fois à apaiser un de ses patients atteint du SGT grâce à un neuroleptique (médicament utilisé pour son effet tranquillisant). La description et l'étude de la maladie ont été définitivement validées en 1969. Bien que quelques-unes des caractéristiques décrites dans les premiers comptes rendus de Gilles de la Tourette restent vraies, certains critères diagnostiques sont redéfinis en 1978 par l'équipe du docteur Shapiro ; cela aboutit à la reconnaissance du syndrome dans le monde entier. (Dubuc, Josse, & Debray, 2015)

II. Le SGT

1- Définition du SGT

Le syndrome de Gilles de la Tourette est un modèle physiopathologique de trouble neuropsychiatrique où se mêlent une symptomatologie neurologique de mouvements anormaux, les tics, que ce soit moteurs et sonores, fréquemment associée à des troubles psychiatriques qui sont plus souvent appelés par les chercheurs et cliniciens, comorbidités et constituent plus souvent la plus grande

détresse vécue par les cas où leur entourage. Cette pathologie touche les sphères comportementales, émotionnelles, cognitives et sociales et affecte directement le vécu des patients. (Chapelle, Monié, Poinso, & Rusinek, 2018, p. 115) , (Legrand, Noton-Durand, & Jalenques, 2008, p. 482)

1-1- Définition du SGT selon le DSM 5

Le syndrome de Gilles de la Tourette est classifié dans la catégorie des troubles tics décrits dans le DSM 5 où il y'a ces quatre critères qui doivent être respectés pour attribués le SGT :

- Présence des tics moteurs multiples et d'un ou plusieurs tics vocaux, à un moment quelconque au cours de l'évolution de la maladie mais pas nécessairement de façon simultanée
- La fréquence des tics peut croître et décroître mais ils persistent depuis plus d'une année après leur première apparition
- Le début est avant l'âge de 18ans
- La perturbation n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p.ex. cocaïne) où une autre affection médicale (P.ex. maladie de Huntington, encéphalite virale). (DSM-5, 2013, p. 94)

2- La prévalence du syndrome

La prévalence représente le nombre de personnes atteintes d'une certaine maladie à un moment donné dans une population donnée. Le SGT est une maladie présente dans l'ensemble des populations du monde et ce quel que soit le groupe ethnique ou culturel et le diagnostic est de trois à cinq fois plus fréquent chez les garçons que chez les filles. (APA, 2000)

La prévalence de ce trouble varie cependant considérablement suivant les études publiées. Il semble que ces différences soient en lien avec des biais de sélection ou d'attribution (l'âge et le sexe de la population) les centres d'inclusion des patients, les différents critères diagnostiques et seuils d'inclusion et enfin les

méthodologies d'investigation différentes entre les études. (Delorme, Deniau, & Hartmann, 2012, p. 303)

Le DSM-IV-TR détermine le taux actuel de prévalence du SGT de 5 à 30 enfants sur 10000 et de 1 à 2 adultes sur 10000. Cependant, depuis une dizaine d'années, le syndrome n'est plus considéré comme un trouble rare, et plusieurs études montrent que cette proportion ne représente pas toute la réalité. Le consortium international d'épidémiologie psychiatrique (OMS, 2000) souligne que le taux de prévalence peut varier en fonction de la nature des mesures d'évaluation utilisées, notamment un questionnaire structuré par rapport à une épreuve clinique. La reconnaissance et l'interprétation des critères diagnostiques, ainsi que la présence des troubles associés, induisent une variabilité qui rend difficile l'établissement d'un taux de prévalence fiable pour le SGT, ainsi que des données publiées ou médiatisées font référence à l'ensemble des troubles tics, ce qui gonfle évidemment le taux de prévalence. De nombreuses études épidémiologiques ont estimé que la proportion varie entre 0.1 à 2% et jusqu'à 26% dans une population ciblée d'enfants. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 23)

3- Le diagnostic du SGT

3-1- Évaluation diagnostique

Le diagnostic du SGT se fonde sur des observations cliniques plutôt qu'en fonction d'un examen de nature organique. Ce qui signifie qu'aucun examen psychique ou biochimique, tel qu'un électroencéphalogramme, un CT-scan ou une analyse sanguine, ne peut assurément détecter le SGT, l'évaluation s'effectue généralement d'après l'histoire médicale et comportementale de la personne, ainsi que par des observations cliniques. Des entretiens semi structurés et des questionnaires psychométriques construits selon les critères diagnostiques du DSM appuient habituellement les données obtenues par l'observation des symptômes lors de la situation associée aux manifestations (p.ex. en classe, à la maison, en activité de loisirs). (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 20)

Deux instruments de mesure sont principalement utilisés en milieu clinique et dans les études portant sur le SGT, ces deux questionnaires se basent sur une liste

de chaque partie du corps et sur les tics qui y sont généralement associées, et ce en fonction de la dimension des tics (moteur, sonore, complexité) ici on parle du Yale Global Tic Severity Scale (YGTSS) et le Tourette's Syndrome Global Scale (TSGS) le premier est conçu pour être utilisé dans la recherche et évaluer cinq dimensions des tics et le deuxième est une mesure multidimensionnelle de la sévérité et de la fréquence des tics moteurs et sonores. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 106)

3-2- Évaluation neuropsychologique

Le SGT est souvent associé à un dysfonctionnement exécutif, plusieurs études ont tenté d'évaluer la performance d'individus qui sont atteints à partir des tests d'attention, de perception, de mémoire, et d'inhibition motrice. Plusieurs tests neuropsychologiques sont utilisés pour évaluer les fonctions exécutives et permettre de dresser un portrait des fonctions cognitives des personnes ayant le SGT.

Le test de la figure complexe de Rey- osterrieth peut être utilisé pour évaluer l'attention visuelle, capacité visuo spatiale, l'organisation et la mémoire, où les études montrent que les enfants SGT ayant un TDAH concomitant éprouvant des difficultés dans ce test alors que les résultats varient en l'absence du TDAH, ensuite le test de Hayling, un test verbal constitué de deux sections de 15 phrases dans chacune desquelles un mot est manquant. Il a été utilisé pour évaluer l'inhibition de la réponse verbale dans le SGT, qui serait déficitaire même dans le cas de SGT sans concomitance. Ainsi que d'autres tests qui sont utilisés pour différentes mesures comme le test de Flanker, test de Stroop...etc.

L'interprétation des résultats aux tests neuropsychologiques auprès des personnes ayant le SGT demeure un défi, puisqu'ils ne permettent pas d'établir clairement un profil des fonctions cognitives et exécutives complètement distinct en raison de la présence fréquente de troubles associés. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 107)

3-3- Diagnostic clinique et différentiel

Le syndrome de Gilles de La Tourette associe des tics moteurs multiples à un ou plusieurs tics vocaux qui peuvent apparaître de façon simultanée ou à des moments différents de l'évolution. La sévérité symptomatologique va de formes légères, peu invalidantes à des formes sévères et comportant des troubles psychiatriques associés dans un nombre de cas. Dans le SGT, les tics présentent des éléments sémiologiques caractéristiques peuvent s'accompagner des sensations prémonitoires précédentes dans leur survenue, souvent ressenties comme désagréables, soulagés par la réalisation des tics de manière involontaire ou semi volontaire, ce qui conduit à la réalisation des mouvements complexes répétitifs qui viennent soulager une tension intérieure qu'ils décrivent comme différente de l'anxiété.

En outre des obsessions ou des compulsions sont rapportées par un pourcentage important des patients, enfants et adultes ainsi que d'autres caractéristiques, anxiété, dépression, impulsions...Etc. les complications somatiques sont rares, blessures (cécité par lésion oculaire) problèmes orthopédique et neurologique consécutifs aux mouvements saccadés et répétés (maladie discale liée aux mouvements forcés du cou pendant plusieurs années,...), lésions dermatologiques secondaires aux pincements répétés des lèvres. (Jalenques, et al., 2008)

Les tics simples peuvent être confondus avec des myoclonies (correspondent à des brèves secousses musculaires qui entraînent des mouvements involontaires soudains et brusques, peuvent survenir de façon spontanée ou en réaction à un stimulus) et les tics complexes avec une chorée ou un syndrome dystonique. Chez les patients avec un déficit intellectuel ou un autisme, des stéréotypies peuvent être difficiles à distinguer des tics complexes. En règle générale, l'examen clinique d'un patient avec une maladie de Gilles de la Tourette est normal, un examen anormal doit inciter à évoquer l'une des étiologies, ce qui suggère que l'ensemble des manifestations associées aux tics représentent un syndrome au sein duquel on trouve le SGT. (Houeto & Giré, 2008, p. 267)

Diagnostiques différentiels des tics

Affections neurologiques acquises associées à des tics

- Traumatique
- Infectieuse ou post-infectieuse (encéphalite, maladie de Creutzfeldt-Jakob, neurosyphilis, maladie de Lyme, chorée de Sydenham)
- Toxique (monoxyde de carbone)
- Traitements pharmacologiques donnant des tics tardifs (amphétamines, méthylphénidate, pémoline, lévodopa, cocaïne, carbamazé-pine, phénytoïne, phénobarbital, lamotrigine, antipsychotiques et autres antagonistes dopaminergiques, lithium, anticholinergiques)

Affections héréditaires associées à des tics

- Dystonies généralisées
- Neuroacanthocytose
- Maladie d'Hallervorden-Spatz
- Maladie de Huntington
- Maladie de Wilson
- Affections métaboliques (déficit en bétamanosidase)
- Affections chromosomiques (syndrome de Down, de Klinefelter, de l'X fragile etc.)

Affections neuropsychiatriques associées à des tics

- Schizophrénie
- Maladies du développement (syndrome avec déficit intellectuel, syndromes autistiques)

(Houeto & Giré, 2008, p. 267)

4- Les symptômes du SGT

Les symptômes peuvent être identifiés dès l'âge de 2ans mais le diagnostic est posé en moyenne à l'âge de 7ans. Les premières manifestations correspondent généralement aux accès d'un tic isolé et surviennent habituellement dans la partie

Supérieur du corps, pour ensuite se développer dans les membres intérieurs, où 85% des enfants et des adolescents atteints du SGT manifestent d'abord un clignement rapide des yeux. Dans la plupart des cas, les tics moteurs simples apparaissent progressivement et peuvent ensuite s'accompagner des tics sonores vers l'âge de 11 ans. Parfois c'est difficile à déceler chez les enfants puisqu'ils ressemblent à des actes volontaires tels que des reniflements ou des raclements de gorge. Les tics complexes se développent vers l'âge de 12ans chez environ 90% des enfants atteints du SGT les symptômes semblent s'aggraver à l'adolescence (10 à 16 ans) et tendent à s'améliorer ou demeurer stables à l'âge adulte. Leckman et ses collaborateurs (1998) rapportent que les tics atteindraient leur sévérité maximale durant la période de 8 à 12ans. L'expression des tics se modifie au fil du temps chez une même personne, ce qui explique que le diagnostic est parfois posé avec des réticences, les symptômes sont variables et donc parfois attribués à un comportement inadéquat volontaire.

Une augmentation des tics peut avoir lieu lorsque la personne doit composer avec une situation évoquant de l'anxiété, du stress, de l'excitation, de l'ennui, ou encore de la fatigue. L'activité, de même que les pensées et émotions semble induire un effet sur les symptômes du SGT. Des enfants, des adolescents et des adultes ayant le SGT peuvent réprimer leurs tics durant un certain temps par exemple à l'école ou en réunion. La rétention des manifestations n'a pas le même effet que l'application d'une stratégie d'auto contrôle, elle induit une tension musculaire et globale qui tend à s'accumuler. Cette augmentation peut engendrer des conséquences comme des maux de tête ou une baisse de concentration pouvant affecter le rendement scolaire ou professionnel de la personne. Par ailleurs une hausse des comportements comme tics, crises, compulsions, peut-être observée chez certaines personnes, cette période correspond à un moment de détente à la suite d'une restriction. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, pp. 25-26)

4-1- Définition des tics

Les tics correspondent à un ensemble de mouvements soudains rapides répétitifs non rythmiques parfois stéréotypés ou à des sons ou des vocalisations

représentant des fragments de comportements normaux qui apparaissent en dehors de leur contexte habituel. (Chapelle, Monié, Poinot, & Rusinek, 2018, p. 111)

Les tics sont des mouvements ou des émissions vocales, par contraction musculaire soudaine, brève, intermittente et répétitive. Ils sont contrôlables transitoirement par l'individu, or leur réalisation n'est pas volontaire et dans un contexte inapproprié provoque souvent l'étonnement de l'entourage, ils appartiennent à la catégorie des mouvements anormaux. (Xavier, 2017, p. 16)

Les tics moteurs et vocaux peuvent être simples impliquant seulement quelques muscles ou des sons simples ou complexes, impliquant plusieurs groupes de muscles mis en jeu par accès organisés. Des mots, des phrases, la copropraxie (geste brutal de connotation vulgaire) et les phénomènes en miroir comme l'échopraxie (imitation involontaire spontanée des mouvements de quelqu'un d'autre).

Les tics sont habituellement perçus comme incontrôlables cependant, la personne peut souvent contrôler ses mouvements de façon transitoire et les réprimer pendant des durées variables. En effet, beaucoup ressentent une impulsion annonciatrice, une tension croissante ou une sensation physique dans une partie du corps précédant le tic moteur ou vocal, celle-ci est suivie d'une sensation de soulagement ou de baisse de la tension après avoir exprimé le mouvement. Les tics diminuent souvent lorsque le sujet s'engage dans des activités orientées vers un but et demandant un effort de concentration, à l'inverse peuvent s'aggraver pendant les périodes de stress comme un examen ou une pression accrue au travail. (Chapelle, Monié, Poinot, & Rusinek, 2018)

4-2- Types de tics : (voir tableau 01)

A- Tics moteurs simples

Mouvements soudains, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés n'impliquant que quelques muscles et durant moins de quelques centaines de millisecondes.

B- Tics moteurs complexes

Mouvements soudains, brefs, intermittents, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés impliquant plusieurs groupes de muscles mis en jeu par accès organisé. Les tics ont une durée plus longue de quelques secondes ou plus.

C- Tics vocaux simples

Comporte des sons soudains, brefs, intermittents, rapides, récurrents, non rythmiques et stéréotypés impliquant des mots simples sans signification ou des cris, aboiements, grognements, reniflements, etc.

D- Tics vocaux complexes

Expression spontanée et soudaine de simples mots ou de phrases avec des blocages de discours, des changements soudains et dépourvus de sens portant sur la hauteur, l'accent tonique ou le volume de la parole, une palilalie, une écholalie, une coprolalie. (Jalenques, et al., 2008)

- a- La palilalie** : C'est la répétition de mots ou de phonèmes émis immédiatement auparavant et volontairement par le patient lui-même. Elle se rencontre dans 20% des cas. Ces cas sont en général des formes graves où coexistent coprolalie et écholalie.
- b- L'écholalie** : Elle consiste en la répétition des mots, des phrases ou des sons entendus par le patient. Certains sont capables d'imiter involontairement la voix de célèbres individus ou d'accents étrangers et par excellence, L'écholalie se rencontre dans 13 à 40 % des cas.
- c- La coprolalie** : expression soudaine et inadéquate d'un mot ou d'une phrase socialement inacceptables, obscénités, insultes à caractère ethnique, racial ou religieux...

(Anssoufouddine, 2000)

Tableau 01 :

Répertoire des tics observés chez les personnes ayant le SGT

Tics	Moteurs	Vocaux
Simplex	cligner/rouler des yeux, contracter la joue, tendre le cou, plisser le nez, secouer la tête (arrière/côté), hausser/rouler les épaules, craquer les articulations, se gratter/se pincer, tourner/sortir la langue, se lécher les lèvres, froncer les sourcils, toucher ses organes génitaux, ouvrir très grand la bouche/yeux, se pencher/s'étirer, tendre les chevilles (orteils vers le haut), arracher la peau de ses doigts	se racler la gorge, tousser, crier/hurler, cracher, gémir, claquer la langue, renifler, siffler, aboyer/grogner, éructer, bruits de bouche, sucer des objets, répéter des syllabes
Complexes	Sautiller/piétiner, toucher/pianoter, contracter l'abdomen, grimacer, tirer des vêtements, claquer des doigts, taper/donner de petits coups, étendre rapidement le bras Plier rapidement les genoux, se mordre les lèvres/joues jouer avec ses doigts, secouer ses jambes/mains, toucher l'épaule du menton, étirer le dos vers l'arrière, regarder partout avant le focus, mâchouiller ses vêtements, mettre ses doigts dans son nez, contracter les abdominaux, gestes obscènes hors contexte (copropraxie), imiter des gestes (échokinésie)	Dire des sons/bruits rythmiques, sentir/respirer bruyamment, expirer par secousses, grincer/claquer des dents, rire exagérément, répéter un slogan, répéter ses propres mots (palilalie), répéter des mots entendus (écholalie) dire des mots/phrases obscènes ou socialement inacceptables hors contexte (coprolalie)

Source : (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 16)

4-3- Épidémiologie

La prévalence des tics touche environ 0.5 % des individus et varie selon les caractéristiques de la population étudiée et les critères diagnostiques et les méthodes d'évaluation utilisées. La prévalence des tics moteurs est estimée aux alentours de 6 à 12 %. Les tics apparaissent typiquement dans l'enfance, le plus souvent entre l'âge de 4 et 6 ans, 2 à 6 % des enfants sont aussi concernés et le pic de sévérité survient entre l'âge de 10 et 12 ans, peuvent être alors constants et discrets. Les enfants concernés ont souvent un terrain anxieux, 10 % souffriraient des tics à un moment ou un autre. Les tics chez l'adulte sont moins fréquents.

5- Les causes du SGT

Les théories explicatives du SGT ont évolué au fil des ans mais l'étiologie du trouble demeure encore incertaine. De nombreuses études tentent de déterminer l'origine du syndrome, son étiologie. Au début du 20^e siècle, les explications d'ordre psychanalytique ont associé les manifestations des tics à une réaction de rage reformulée ou à des conflits familiaux. Par la suite un modèle comportemental estime que l'apparition des tics déroule d'une réaction à un événement traumatisant, le trouble semble néanmoins présenté par une forte composante biologique et génétique. L'étude des déterminants génétiques du SGT suggère l'implication de plusieurs gènes mais des mutations dans le gène *SPTRK1* ont été identifiées chez un certain nombre de patients atteints du SGT. La contribution génétique la plus importante à l'expression du SGT semble toutefois pointer vers les gènes impliqués dans les voies histaminérgique et glutamatergique avec des facteurs environnementaux ou épigénétiques à l'apparition ou à l'expression du syndrome. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 100)

5-1- Hypothèse neurobiologique

Les manifestations du SGT et leurs émergences s'appuient sur plusieurs hypothèses. L'effet d'une modulation neurochimique, et un déséquilibre des neurotransmetteurs. La dopamine constitue entre autres un régulateur de l'activité

motrice. Une hausse de celle-ci entraîne un effet sur le manque d'inhibition comportementale et sur l'hyperactivité, Il est donc possible que les troubles tics impliquent une perturbation du système dopaminergique. Par ailleurs, la sérotonine est un neurotransmetteur à fonction inhibitrice. Lorsqu'une baisse de sérotonine est observée, des problèmes de régulation de l'humeur, d'agressivité ou des désordres d'impulsivité peuvent survenir. Ainsi, un dérèglement biochimique de la sérotonine peut expliquer certains comportements liés au SGT.

D'autres hypothèses concernent principalement des structures cérébrales. Plusieurs études soulignent l'implication de parties des lobes frontaux dans le contrôle des émotions et dans l'inhibition des comportements, ainsi que le rôle du circuit reliant le cortex cérébral aux voies sensitives. Au moyen de l'imagerie par résonance magnétique (IRM), certains chercheurs se sont intéressés au fonctionnement des ganglions de base ainsi qu'à leur volume qui semble inférieur à la moyenne, plusieurs études soulèvent la possibilité de dysfonctions au lobe frontal. Ce dernier est entre autres responsable de l'inhibition des comportements, de la planification motrice et de l'autocontrôle. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 31)

5-2- Hypothèse génétique

Des facteurs génétiques semblent prendre part tant à la transmission intergénérationnelle, selon certains chercheurs, une personne atteinte du SGT a une probabilité de 50% de transmettre les gènes à ses enfants ; les filles qui reçoivent une telle prédisposition génétique ont environ 30 % de probabilité de ne développer aucun symptôme, comparativement à 1% pour les garçons. La source de l'héritabilité ou même de la vulnérabilité génétique demeurent cependant inconnues. Les gènes ciblés par les études sont généralement rejetés après plusieurs expériences, car les résultats ne peuvent être généralisés.

Bien que le mode de transmission intergénérationnelle ne soit pas encore identifié, il apparaît incontestable qu'un enfant obtient par hérédité une prédisposition génétique. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 33)

5-3- Hypothèse périnatale

Des hypothèses suggèrent que des complications entourant de près la naissance de l'enfant peuvent être liées à l'apparition du SGT. Des chercheurs ont considéré l'effet d'une infection maternelle, d'une naissance prématurée, d'arythmie cardiaque à la naissance et d'un stress élevé durant la grossesse. Les résultats de ces études, bien que parfois significatifs, montrent qu'il est impossible de désigner des facteurs périnataux déterminants dans le développement des troubles tics se généralisant à l'ensemble des personnes ayant le syndrome. Une hypothèse dominante stipule qu'à la suite d'une infection au streptocoque auto-immune, un enfant est davantage susceptible de développer un trouble neuro-développemental tel que le SGT. L'acronyme PANDAS (pediatric autoimmune neuropsychiatric disorders associated with streptococcal infection) désigne les symptômes neuropsychiatriques qui résultent d'une réaction immunologique de l'organisme à une infection au streptocoque. Dans ces cas, les anticorps produits pour contrôler l'infection pourraient agir en contrepartie sur des constituants neurologiques. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 34)

5-4- Hypothèse de l'apprentissage psychosociale

Les approches psychosociales considèrent que les tics sont auto renforcés, qu'ils sont motivés par un cycle de récompense ou de punition. Le modèle d'Azrin et Nunn (1973) suggère d'abord que les tics se développent comme une réponse conditionnée, notamment comme un sursaut-réflexe (adapted startle reflexes), qui est maintenue par un processus de conditionnement classique. Le tic proviendrait d'une réaction inconditionnelle à un événement traumatisant ou aversif s'étant généralisé à différentes circonstances en raison de stimuli pouvant rappeler le trauma physique.

Une autre approche propose que le tic correspond à un réflexe ou à l'exagération d'une réponse normale s'étant développé et modifié durant l'enfance. Dans ce dernier cas, le conditionnement opérant est d'ordre social et il implique que les manifestations sont plus fréquentes lorsque la personne reçoit de l'attention en

raison de celles-ci ou lorsqu'elles lui permettent d'éviter une situation désagréable, il y aurait donc un processus de renforcement des tics lié à l'attention sociale, où elle peut expliquer que le simple fait de parler de tics vocaux puisse occasionner une augmentation importante de ces manifestations. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 34)

6- Les comorbidités psychiatriques du SGT

Le SGT est, de manière générale, compliqué par des troubles psychiatriques ou psychologiques concomitants dont les conséquences interférentes plus souvent avec la vie quotidienne que l'expression des tics en soi. C'est une association de deux ou même plusieurs maladies ou troubles différents et indépendants.

Plus de la moitié des enfants ayant le SGT présentent au moins un diagnostic de concomitance soit un trouble associé. L'absence des troubles associés au SGT est plus rare et serait propre à seulement 10 % de cette population. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 103)

Parmi les comorbidités, on trouve les troubles obsessionnels-compulsifs, le trouble déficit de l'attention et de l'hyperactivité, les troubles anxieux et de l'humeur et les épisodes explosifs et enfin les troubles d'apprentissage.

6-1- Trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité

Le TDAH se caractérise de l'inattention, l'hyperactivité et de l'impulsivité. Le TDAH concomitant au SGT chez un nombre significatif d'enfants allant de 50 % à 90 %.

Le portrait clinique d'un enfant ayant le TDAH est similaire à celui du SGT à l'exception des tics. Des difficultés à résister aux distractions, manque d'inhibition et de concentration fréquemment observées. Les manifestations propres au TDAH précèdent l'apparition des tics chez 40 % à 50 % des enfants atteints du SGT.

Plusieurs hypothèses stipulent que les deux troubles partagent une origine neurobiologique. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 40)

Le SGT s'accompagne majoritairement d'un trouble déficitaire de l'attention avec ou sans hyperactivité de 55 % à 75 % selon les dernières études. Les deux pathologies ont en commun :

- Le trouble neuro-développemental, diagnostique posé dans l'enfance d'une maladie avec une composante génétique forte, dont l'évolution des symptômes et généralement naturellement favorable à l'âge adulte.
- Une atteinte du lobe frontal avec des troubles de l'inhibition, de l'impulsivité et des fonctions exécutives.
- La variabilité et fluctuation des symptômes, l'exacerbation des tics et du déficit attentionnel par le stress, les émotions, la fatigue et leur disparition lors d'activités requérant de la concentration.

(Xavier, 2017, p. 41)

6-2- Trouble obsessionnel compulsif (TOC)

Le trouble obsessionnel compulsif (TOC) se définit par la présence d'obsessions et de compulsions. L'obsession est une pensée qui suscite de l'anxiété ou de la détresse et qui survient de façon régulière et persistante. Elle est souvent contrainte à réaliser un rituel malgré les efforts fournis par la personne afin d'ignorer ou neutraliser les pensées intensives. La compulsion est l'action ou la pensée effectuée en réponse à l'obsession afin d'éviter les conséquences (APA 2000). (Xavier, 2017, p. 42)

Les symptômes le plus souvent associés au SGT sont les obsessions et les compulsions, cependant les manifestations des tics émergent surtout vers l'adolescence et le début de l'âge adulte. Les études rapportent un taux de concomitance variant de 11% à 80% entre le SGT et TOC, soit 11% à 50% chez les enfants et de 30% à 80% chez les adultes.

Le caractère involontaire et répétitif des compulsions met en évidence un lien étroit avec le SGT pouvant susciter une confusion diagnostique notamment les tics

mentaux et sensoriels sont souvent confondus avec les obsessions, Le contenu cognitif de la manifestation qui permet de faire la distinction

Les tics sont des mouvements sans but qui surviennent soudainement et avec répétition, tandis que le rituel compulsif relève d'abord d'une pensée anxieuse intrusive.

Tableau 2 :

Exemple de tics sensoriels, de tics cognitif et d'obsessions-compulsions pouvant aider à la différenciation

Tics sensoriels	Obsessions-compulsions	Tics cognitifs
-Sensation isolée ou diffuse dans une région associée à la manifestation du tic -Démangeaison ou sentiment de malaise physiologique -Aucune pensée, amusante ou anxiogène, n'est associée à la sensation -Etat augmentant le niveau de tension musculaire	-Regarder fixement un objet pour vérification -Répétition verbale d'un rituel lié à l'obsession -Pensées dérangeantes ou images aversives -Se répéter des scénarios pour vérifier les erreurs -Dire ou faire quelque chose parce que sinon la crainte obsessionnelle va se réaliser -Compter quoi que ce soit pour des raisons superstitieuses et pour conjurer le mauvais sort	-Regarder fixement un objet durant une durée prédéterminée -Répétition de phrases ou de slogans pour la sonorité -Jeu mental/pensées amusantes -Faire des opérations mathématiques à répétition -Faire des scénarios amusants -Dire ou faire quelque chose parce que c'est stimulant ou car ça ne peut être retenu -Compter les mots d'une ligne ou les coins d'un objet sans penser à une conséquence associée

Source : (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 43)

Le SGT et TOC :

Les études de génétique épidémiologique confirment l'agrégation familiale de ces deux troubles. Ainsi, le risque de développer un SGT est augmenté chez les apparentés de patients présentant un TOC. A l'inverse, la prévalence des manifestations obsessionnelles ou compulsives est nettement augmentée chez les apparentés de patients ayant un SGT ou une maladie des tics moteurs chroniques. Après avoir présenté les deux pathologies que sont le SGT et le TOC distinctement, il semblerait que l'on puisse dégager une troisième entité clinique regroupant le TOC et le SGT.

Par rapport à chacun des deux troubles isolés, elle a pour caractéristiques :

- une précocité des symptômes dès l'âge de 5 ans
- un terrain génétique prédisposant, notamment l'existence d'un trouble psychiatrique présent chez au moins un parent
- une résistance aux traitements médicamenteux efficaces sur trouble non comorbide, c'est à dire un TOC ou un SGT isolé. Certaines formes de toc pourraient être génétiquement liées au SGT. (Xavier, 2017, p. 44)

Comme le SGT, le TOC semble provoquer par un défaut des fonctions inhibitrices, reliées à la réduction du volume des ganglions de la base et de ses projections dans les aires frontales où les personnes présentant un TOC associé au SGT semblent également montrer des dysfonctions dans le circuit orbit frontale.

Sur le plan neuro-psychologique, une étude suggère que l'association SGT et TOC n'affecte pas l'attention ni la mémoire, mais plutôt les fonctions exécutives de l'auto régulation comportementale. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 104)

6-3- Les troubles anxieux et de l'humeur**6-3-1- Les troubles anxieux**

L'anxiété est comorbide du trouble. Elle pourrait être une conséquence des obsessions continuelles, ou encore les tics retenus à cause de la peur d'être moqué

par l'entourage. L'anxiété est souvent présente chez les jeunes patients. Des troubles anxieux autres que les tocs, sont associés au SGT dans une proportion de 10% à 28% chez les enfants d'âge scolaire. Des taux élevés d'anxiété généralisée, séparation, phobie scolaire ou sociale et attaque de panique sont présents chez les personnes ayant le SGT. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Afin d'expliquer la fréquence de ces troubles associés, l'APA (2000) émet l'hypothèse suivante : puisque les aspects social, scolaire et occupationnel sont généralement affectés par la réactivité au stress et les manifestations du SGT, davantage d'inconfort social, de honte et d'anxiété sont ressenties par les personnes ayant le syndrome.

6-3-2- Troubles du l'humeur

Il est possible qu'une proportion des symptômes dépressifs découle d'une baisse de la confiance et d'estime de soi dû aux conséquences, à la stigmatisation et aux manifestations du syndrome. Près de 60% des adultes atteints de tics sévères répondant au diagnostic de la dépression, environ 30% touchés par des troubles bipolaires. Les indications montrent que les troubles associés représentent le plus grand indice d'hospitalisation psychiatrique chez les enfants et les adolescents ayant le SGT. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 45)

Les données de littérature indiquent une prévalence importante des troubles de l'humeur au sein de la population atteinte du SGT où la dépression représente 13% à 76%, variation importante de l'humeur 53%, spectre des troubles bipolaires 30%.

Ces derniers sont corrélés à d'autres facteurs cliniques

Une association du SGT et les troubles de l'humeur qui sont représentés par :

- sévérité et ancienneté des tics
- écho et copro phénomène
- sensation promontoire
- troubles du sommeil
- comportement auto-agressif

- troubles d'agressivité

(Galland, et al., 2008, p. 326)

6-4- Les épisodes explosifs et agressivité

Une personne atteinte du SGT a un faible seuil de tolérance à la frustration, n'accepte pas le refus, se fâche rapidement, a une grande difficulté de maîtrise de soi qui se traduit par la colère, la rigidité, la confrontation, l'argumentation, l'opposition et les comportements agressifs. Le taux de conduites agressives varie de 42% à 66% chez les enfants atteints du SGT. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

L'opposition et les conduites agressives sont fréquentes chez les enfants ayant le SGT mais les épisodes explosifs constituent une crise de colère démesurée qui se produit de manière soudaine et récurrente. Selon un profil contextuel. La réaction violente semble disproportionnée quant à son élément déclencheur et quant à des crises de colère ordinaire ; un faible seuil de tolérance à la frustration sous-tend davantage les manifestations d'EE qu'un manque d'habiletés sociales ou un déficit socio émotif. (Leclerc, Laverdure, Forget, O'Connor, & Lavoie, 2010, p. 105)

La crise de colère se manifeste d'une manière soudaine inattendue récurrente où la réponse agressive semble être déclenchée par un évènement insignifiant perçu par la personne comme une agression, provocation de son milieu.

Les phénomènes d'épisodes explosifs sont présents chez environ 25% des personnes ayant le SGT plus fréquents chez les enfants et les adolescents. La personne en crise peut développer une hétéro agressivité et peut y aller même vers une auto agressivité, le motif peut être une agressivité dirigée vers une personne ce qui peut déclencher la colère. Les parents considèrent que ce sont les symptômes les plus perturbateurs sur les plans familial, scolaire et psychosocial, bien au-delà des tics. Les épisodes explosifs peuvent être liés à des situations pré-disposantes telle que le manque de sommeil, la faim, l'anxiété, l'hypersensibilité ou la tension. Après la crise, la personne est généralement calme et épuisée, peut éprouver des remords, ou une forme d'amnésie. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Des études montrent que les épisodes explosifs sont liés à la présence de troubles associés d'avantage qu'à la sévérité des tics. Lorsque le TDAH est en concomitance au SGT, la probabilité d'EE est de 95% et lorsque le TDAH et le TOC sont identifiés chez un même enfant, les probabilités d'EE augmentent à près de 100%, l'impulsivité et la rigidité cognitive émanant des troubles associés semblent entraîner une difficulté d'inhibition de comportements et des pensées qui augmente la probabilité de manifestations d'EE. (Leclerc, Laverdure, Forget, O'Connor, & Lavoie, 2010, p. 104)

6-5- Les troubles d'apprentissage

Un trouble d'apprentissage est généralement permanent et est causé par des déficits dans le processus de traitement de l'information comme la perception, mémorisation, compréhension, d'autres part la difficulté d'apprentissage se manifeste par un retard ou un déséquilibre ponctuel dans les apprentissages souvent reliés à des facteurs externes comme déménagement, relation interpersonnelles difficiles, maladie, ces difficultés empêchent la démonstration des connaissances mais ne sont pas reliés au potentiel intellectuel de la personne.

Les effets du syndrome sur le rendement scolaire sont généralement des problèmes de motricité d'organisation de l'information, mémorisation, attention, de flexibilité cognitive. Il est possible que le stress augmente la fréquence des tics lors d'examens ou de productions orales, alors l'effort nécessaire pour contrôler les tics va miner la concentration. Des symptômes tels que le perfectionnisme où les obsessions peuvent entraîner une difficulté à écrire assez rapidement pour suivre les directives de l'enseignant ou incapacité à terminer les examens à temps. Les symptômes peuvent varier en difficulté en lecture, écriture et mathématiques. Déficiences de perception visuo-spatiale et du traitement de l'information, les troubles du sommeil parfois implicite au SGT ainsi que les effets secondaires à la médication peuvent causer une grande fatigue qui nuit à l'apprentissage. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 48)

III. La prise en charge des patients atteints du SGT

Traiter un patient ayant un SGT nécessite une évaluation complète des tics et de leur sévérité, des troubles comorbides ainsi que de leur ralentissement sur le fonctionnement du patient. Plusieurs méthodes thérapeutiques sont expérimentées dans le but de contrôler les symptômes du SGT.

En l'absence de traitement efficace sur le long terme, le traitement des tics, en particulier dans les formes les plus sévères et difficiles requiert une approche multidisciplinaire, neurologue, psychiatre, psychologue, travailleurs sociaux, association de malades. (Houeto & Giré, 2008, p. 268)

La pharmacothérapie et le traitement comportemental sont généralement reconnus comme étant le plus efficace pour le traitement multidisciplinaire des tics, la psychothérapie s'avère appropriée pour remédier aux conséquences comportementales ou émotionnelles du syndrome telle qu'une faible estime de soi, un manque d'habiletés sociales, un épisode dépressif ou l'incompréhension face à ses symptômes, la sensibilisation sociale face au syndrome de même que le soutien émotif aux familles touchées, tend à améliorer la gestion des symptômes. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Il ne faut surtout pas culpabiliser l'enfant, l'adolescent ou essayer de le forcer sans cesse à empêcher le tic, il y peut rien ! Le contraindre de la sorte ne fait qu'aggraver son anxiété au risque de fixer le tic qui n'aurait été que passager, il faut instaurer un climat de confiance avec lui se révèle essentiel et il ne faut surtout pas hésiter à mettre en place une prise en charge spécifique. (Chapelle, Monié, Poinot, & Rusinek, 2018, p. 116)

L'information du patient et de son entourage (souvent en détresse) est une démarche essentielle et doit être mise en œuvre. Cette étape permet souvent de mettre à nu les souffrances, frustrations, culpabilités et incompréhensions qui seront alors l'objet d'une psychothérapie régulière.

Le rôle des associations de malades est également important pour le soutien et l'information donnée aux familles au sujet de la scolarisation ou des programmes d'aide adaptés au SGT. (Houeto & Giré, 2008, p. 269)

1- Les thérapies comportementales et cognitives

Les programmes spécialisés d'intervention cognitivo-comportementale sont issus du modèle de renversement d'habitude présenté par Azrin et Nunn.

Ces thérapies rapportent généralement des diminutions de fréquences de tics, des périodes de temps plus ou moins longues, la suppression volontaire du tic est stressante et souvent fatigante, frustrante et peut augmenter l'irritabilité.

La tension interne qui accompagne ce processus du contrôle direct aboutit à un effet rebond. Réprimer les tics, renforce souvent l'évitement du mouvement alors que la tension musculaire augmente, c'est cette tension qui est susceptible de provoquer en retour des tics. Apprendre à régulariser le haut niveau d'activation permettra de diminuer le besoin de produire de tics. (Chapelle, Monié, Poinot, & Rusinek, 2018, p. 118)

2- Interventions cognitives et comportementales

Le principal apport des TCC est de soutenir la modification du comportement par un processus de rééducation de la pensée, changer le mode de planification des actions, acquérir des habiletés afin de diminuer la fréquence, l'intensité des réponses inadéquates. Parmi les traitements utilisés, il y a le renversement d'habitude, un modèle basé principalement sur la théorie d'apprentissage qui se fonde sur une hypothèse que le tic est une réaction normale accentuée puis maintenue par conditionnement opérant, le RH constitue le premier traitement efficace et reconnu par la diminution des tics une méthode qui comporte 5 étapes dont l'objectif est l'apprentissage et l'auto contrôle. Les exercices doivent être effectués régulièrement, de manière graduelle et structurée sous la supervision d'un thérapeute. L'élément clé du RH, est l'entraînement à une réponse incompatible. Les études portant sur le renversement d'habitude rapportent une diminution de la fréquence des tics de 75% à 100% avec un maintien des améliorations deux ans plus tard. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Tableau 03 :

Les principales étapes du renversement d'habitude de Azrin et Nunn (1973)

Entraînement à la prise de conscience
<ul style="list-style-type: none"> • Consigner quotidiennement le type, la fréquence et l'intensité des tics par des techniques d'auto-observation (par exemple, cahier de notes, compteur-bracelet, enregistrement vidéo). • Se rendre compte des muscles qui interviennent dans la manifestation et apprendre à segmenter la séquence, en la répétant à voix haute (technique de modelage). • Identifier les antécédents aux manifestations (par exemple, la sensation préliminaire), stimuli antécédents, signes précurseurs). • Focaliser sur les mouvements et la tension qui précèdent le tic afin d'apprendre à mieux l'anticiper et le prévenir.
Entraînement à la relaxation
<ul style="list-style-type: none"> • Relaxation musculaire progressive par exercices de tension-relâchement et de respiration. • Prendre conscience de l'état de son corps et diminuer la tension global.
Entraînement à une réponse incompatible
<ul style="list-style-type: none"> • Désigner puis pratiquer une réponse musculaire incompatible au mouvement du tic. • Produire la réponse apprise en concordance avec l'émission du tic et la maintenir durant quelques minutes. • Appliquer aussi en situation non contingente pour bien intégrer l'action. • La réponse doit être imperceptible socialement et conciliable avec les activités en cours.
Gestion de la contingence
<ul style="list-style-type: none"> • Souligne l'importance du soutien social et du renforcement positif lors de l'application adéquate de la réponse incompatible.
Entraînement à la généralisation
<ul style="list-style-type: none"> • Pratiquer la réponse incompatible dans différents contexte (instant contingent ou non à la manifestation) pour augmenter la probabilité qu'elle soit émise spontanément. • Appliquer le traitement aux autres tics ou comportements inadéquats.

Source : (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 64)

3- Intervention cognitive comportementale et psychophysiologique

Le tic est une réponse à une augmentation de la tension musculaire et de l'activation sensori-motrice de nature comportementale de l'organisme. L'un des traitements qui s'intéressent à la dynamique physiologique, a pour objectif de prévenir les tics par l'habituation aux signes avant-coureurs des tics. L'intervention vise à interrompre la séquence impliquant le tic sensoriel, l'augmentation de la tension et le tic moteur ou sonore. La personne doit identifier le stimulus précurseur, ensuite apprendre une réponse qui sera alternative pour résister au tic et s'habituer à la sensation, essayer de retenir la manifestation de plus en plus longtemps ou d'une autre action qui sollicite les muscles impliqués comme des exercices de relaxation. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Le modèle cognitif et psychophysiologique de O'Connor (2002-2005) ne conçoit pas uniquement le relâchement de la tension comme une réponse renforçante mais comme faisant partie d'un système général de régulation sensori-motrice. Il suggère que l'évaluation des tics par l'analyse fonctionnelle mise davantage sur les déclencheurs situationnels, les personnes ayant un trouble tic ou SGT présentent un style d'action particulière or que la surpréparation et la suractivité motivés par des attentes perfectionnistes tendent à augmenter l'activation motrice et la tension musculaire. L'occurrence des tics dépend du contexte situationnel et de l'activité effectuée.

Le programme d'intervention vise la prévention de l'émergence du tic par une restructuration du comportement dans son ensemble, ainsi que par une rééducation de la pensée liée à la planification du mouvement.

Le traitement comprend quatre étapes :

- entraînement à la prise de conscience, évaluation des situations à haut et faible risque
- la pratique de stratégies de discrimination musculaire à l'aide de la rétroaction biologique de l'entraînement à la relaxation musculaire et normalisation d'utilisation des muscles

- application de changement dans le style d'action et planification, restructuration cognitive

- apprentissage d'un comportement alternatif

(O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, pp. 66-67)

Le traitement découlant de cette approche, le cognitive and psychophysiological treatment (CoPs), vise la prévention de l'émergence du tic par une restructuration globale du comportement et par une restructuration de la pensée liée à la planification du mouvement (O'Connor 2005). Le traitement a été adapté pour les enfants manifestants des tics, cette version de la thérapie se nomme *Façotik* conçue par Leclerc, Goulet, Hamel et O'Connor en 2013, cité par (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016)

Le traitement vise la diminution de la fréquence et de l'intensité des tics chez les enfants. La thérapie *Façotik* dure de 12 à 14 séances avec un guide méthodologique du thérapeute et de l'enfant bien structuré et elles abordent dix thèmes thérapeutiques qui comportent la relaxation musculaire progressive. L'activation sensori-motrice afin de comprendre le lien entre les sensations, la tension dans les muscles et les tics les styles de planification de l'action. La suractivité et surpréparation, comme faire plein de chose en même temps permettra la restructuration cognitive et comportementale et d'y mettre une stratégie de prévention de la rechute. (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015)

Tableau 04 :

**Étapes thérapeutiques des traitements CoPs (O'Connor, 2005) et
Façotik (Leclerc et al. 2013)**

Étapes	Objectif	Description
1	Entraînement à la prise de conscience	Évaluation des situations à haut/faible risque de manifestation et du contexte relié aux tics
2	Entraînement à la discrimination musculaire	Contrôle de la tension musculaire par des exercices de gradation
3	Entraînement à la relaxation musculaire	Respiration et relaxation musculaire progressive
4	Réduction de l'activation sensori-motrice	Apprendre à se centrer sur les sensations survenant avant ou pendant les tics
5	Analyse des styles de planification de l'action	Faire des liens entre les styles d'action, la tension musculaire et les tics (p. ex., surpréparation, suractivité)
6	Restructuration cognitive	Modification des attentes perfectionnistes (frustration), des anticipations et des croyances liées aux styles d'action
7	Restructuration comportementale	Apprentissage de comportements alternatifs qui diminuent la tension musculaire globale
8	Restructuration cognitive et comportementale globale	Intégration des stratégies aux situations à haut risque de manifestation
9	Généralisation	Appliquer les stratégies apprises à d'autres situations
10	Prévention de la rechute	

Source : (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016)

4- Intervention spécialisée pour les épisodes explosifs

Les EE sont des symptômes grandement perturbateurs du fonctionnement global de l'enfant ayant le SGT. Des interventions psychosociales et cognitivo-comportementales sont couramment utilisées pour la gestion des troubles du

comportement chez les enfants qui manifestent de l'agressivité et des crises de colère. (Leclerc, Laverdure, Forget, O'Connor, & Lavoie, 2010, p. 106)

Le traitement pour les épisodes explosifs est nommé "prends ton tourette par les cornes". Le programme inclut le matériel d'auto notation et les guides méthodologiques, la procédure du traitement comprend huit séances de 90 minutes dont l'objectif et les activités à partir des thèmes et des exercices à pratiquer. Chaque séance débute par la révision des notions et par l'analyse des EE notés au journal d'auto-observation. Une brève rencontre avec l'enfant et ses parents permet de discuter du contenu de la séance et des exercices à faire au cours de la semaine, y mettre un entraînement à la prise de conscience, la reconnaissance des émotions et les signes physiologiques, avoir le soutien parental, entraînement à la relaxation, restructuration cognitive et apprentissage des stratégies d'auto contrôle et entraînement à une réponse contraire. (CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal, 2015)

Tableau 05 :

Programme d'intervention « prends ton Tourette par les cornes ! »

Séance	Thème	Exercices
1	Prise de conscience des manifestations et de la séquence comportementale Définition opérationnelle des comportements	Les épisodes explosifs (EE) Exposé théorique et mises en situation Retour sur les situations de crises notées Situation à risque élevé/faible
2	Reconnaissance des émotions Signes physiologiques de la colère	Cycle des muscles, des pensées et des émotions Exposé théorique, exercices pratiques et jeux Affiche thématique et activité de coloriage
3	Entraînement parental Informer les parents Enseigner des stratégies d'intervention	Normaliser, définir et expliquer l'origine des crises Modèle d'intervention ; analyse fonctionnelle et multimodale Retour sur les situations de crises notées Comportements cibles et situations à risque faible/élevé Pistes d'intervention
	Techniques de respiration	Perceptions de l'enfant face à la

4	Relaxation musculaire progressive	relaxation Techniques de respiration profonde (trucs concrets et exercices) Relaxation musculaire progressive Exercices pratiques et séquence par pictogrammes
5	Restructuration cognitive Relativiser et reconsidérer une situation	Restructurer le comportement dans son ensemble Revoir le scénario (identifier l'anticipation) Adaptation de la technique des trois colonnes Exercices pratiques (six histoires de cas)
6	Apprentissage de stratégies d'autocontrôle Faire face aux situations à risque élevé d'EE	Entraînement par auto-instruction en tâche de raisonnement Résolution de problèmes + habiletés sociales Exercices pratiques et fiches à remplir à la maison
7	Réviser les stratégies Automatiser une stratégie d'autocontrôle Restructuration globale du comportement	Réponse-contraire « Truc favori » ; réponse comportementale qui calme, défoule ou permet d'exprimer Inclure le « truc favori » à la chaîne de comportement (bande-sonnette) Standardiser le soutien des parents
8	Bilan de l'intervention Évaluation des comportements de l'enfant	Révision des séances, des concepts et des stratégies Maintenir les acquis et prévenir la rechute

Source : (Leclerc, Laverdure, Forget, O'Connor, & Lavoie, 2010, p. 108)

5- Le traitement pharmacologique (médicamenteux)

La réponse à la médication est variable selon les personnes, malgré certaines avancées, il n'existe pas encore de traitement idéal contre les tics, les traitements médicamenteux de ces derniers sont purement symptomatiques car ils ne peuvent pas mener à une guérison du syndrome où les tics sont rarement éliminés par la consommation de l'un d'eux.

La décision d'initier un traitement doit être basée sur l'existence de cibles symptomatiques à traiter pouvant être classées en deux catégories :

- les tics avec leurs traitements pharmacologiques et/ou chirurgicaux.
- les comorbidités avec leurs traitements spécifiques.

(Legrand, Noton-Durand, & Jalenques, 2008, p. 482)

L'objectif du traitement médicamenteux n'est pas de supprimer complètement l'ensemble des tics moteurs et vocaux mais diminuer leur intensité afin d'éviter les différentes formes de perturbation.

Le traitement médicamenteux est préconisé dès que la TCC n'est pas applicable pour le patient ou dans le cas où les tics sont d'emblée trop sévères pour initier une TCC, parmi les thérapeutiques pharmacologiques, nous distinguons les traitements anti dopaminergiques - les neuroleptiques, des autres traitements sans influence sur la dopamine cérébrale. (Xavier, 2017, p. 63)

Les neuroleptiques antagonistes de la dopamine constituant régulièrement le traitement médicamenteux principal, la pharmacothérapie atypique. Les combinaisons de médicaments sont réservées aux cas plus complexes et en présence de troubles associés. L'*Halopéridol* et la *Clonidine* sont les médicaments les plus prescrits aux Etats Unis pour la gestion des tics. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Les neuroleptiques « classiques », essentiellement antagonistes des récepteurs D2, sont efficaces pour diminuer l'intensité des tics mais leurs effets indésirables peuvent limiter leur utilisation, certains praticiens préfèrent utiliser le *Pimozide* ou la *Fuphénazine* plutôt que l'halopéridol, puisque pour des niveaux d'efficacité similaire, ces molécules semblent. Le *Sulpiride* ou *Tiapride* tous les deux des *Benzamides* sont également efficaces mais les études contrôlées ayant montré que leur efficacité reste limitée.

(Delorme, Deniau, & Hartmann, 2012, p. 305)

Afin d'illustrer encore plus les médicaments et les traitements pharmacologiques utilisés pour les symptômes du SGT, les chercheurs ont rassemblé dans le tableau suivant ces médications selon différentes études :

Tableau 06 :

Les principaux médicaments répertoriés pour le traitement des symptômes du SGT, selon différentes études

Classe	Médication	Amélioration rapportée	Effets secondaires	Symptômes traités
Antihypertenseur d'action centrale	Clonidine (Catapres®)	Efficace dans 50% des cas. Agit lentement.	Peu nombreux : sédation, irritabilité, insomnie, bouche sèche, maux de tête, hypotension.	Diminue les tics et augmente la capacité d'attention.
	Guanfacine (Tenex®)	Peu étudié	Peu nombreux (fatigue et maux de tête)	Utiliser pour diminuer les symptômes d'inattention et d'agitation motrice
Neuroleptique typique (bloque l'action de la dopamine)	Halopéridol (Haldol®)	Efficace dans 70% à 90% des cas	Bouche sèche, fatigue, rapidité musculaire, prise de poids. Possibilité d'effets extrapyramidaux : dépression, phobie, dyskinésie tardive.	Utilisé à l'origine pour traiter les états psychotiques. Diminue les tics, l'agression, l'agitation.
	Pimozide (Orap®)	Aussi efficace que l'halopéridol pour les tics.	Moins d'effets secondaires que l'halopéridol.	Diminue les tics, les troubles de l'humeur et l'anxiété.
Neuroleptique atypique (action sur sérotonine et dopamine)	Risperidone (Risperdal®)	Efficace dans 26% à 66% des cas.	Prise de poids, vision double, vertige, somnolence ou insomnie. Possibilité d'effets extrapyramidaux.	Utilisé à l'origine pour traiter la schizophrénie. Diminue les obsessions-compulsions et les épisodes explosifs. Stabilise l'humeur.
	Quétiapine (Seroquel®)	Peu étudié.		
	Olanzapine (Zyprexa®)			

Source : (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008, p. 66)

6- Traitements neurochirurgicaux

Dans les formes très sévères de syndrome de Gilles de la Tourette, des lésions des aires limbiques (cingulotomies, leucotomies limbiques) ont permis d'améliorer les patients mais au prix parfois d'effets secondaires inacceptables. Récemment, une approche infiniment moins agressive, la stimulation cérébrale profonde à haute fréquence de la zone associativolimbique au sein du thalamus ou du pallidum a permis de diminuer les automutilations de 100 % et les tics de 70 %. Ces résultats très prometteurs confirment la contribution d'un dysfonctionnement associativolimbique striato-pallido-thalamo-cortical. (Houeto & Giré, 2008, p. 269)

7- Autres traitements

Parmi les autres traitements que les praticiens peuvent utiliser, on trouve le cannabis et ces dérivés, les patches de nicotines. L'utilisations des doses d'inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine, pour traiter les troubles obsessionnels compulsifs lorsqu'ils sont associés aux tics, et autres. (Houeto & Giré, 2008)

Synthèse

Le Syndrome de Gilles de la Tourette est une maladie qui fascine de nos jours, même si elle est rare, elle devient de plus en plus un centre d'intérêt pour les spécialistes, afin de connaître encore cette maladie mystérieuse puisque malgré le développement atteint aujourd'hui, son origine reste inconnue. En effet, elle est connue comme un trouble neuropsychiatrique qui se caractérise par des tics et qui peut apparaître à tout moment dans les 18 premières années de la vie d'une personne.

Cette maladie envahit la vie quotidienne de la personne atteinte entraînant un grand bouleversement sur tous les plans, que ça soit scolaire, social ou émotionnel, donc nous allons consacrer le chapitre suivant au vécu de la maladie chez la personne ayant le SGT.

Chapitre 02

Le vécu de la maladie

Préambule

Quand une maladie s'installe, les patients souffrant de cette atteinte se retrouvent en train de mettre en œuvre leurs capacités physiques et psychiques, afin de s'adapter à la présence de celle-ci et de ce qui l'accompagne et qui peut se révéler difficile à gérer la plupart du temps.

Dans ce qui suit, nous allons nous intéresser au vécu de la maladie des patients atteints du SGT, en englobant différents aspects. Nous allons commencer par la définition du vécu psychologique, puis nous allons aborder les émotions, en arrivant jusqu'aux troubles du sommeil.

1- Le vécu

Le vécu de la maladie est de chercher à comprendre du point de vue du patient, quelle attitude adoptera-t-il afin de gérer sa maladie et de quelle façon arrive-t-il à contrôler les manifestations afin d'éviter une rechute et des complications, pouvant aggraver son état de santé que ce soit physiquement ou psychologiquement.

Le vécu de la maladie des patients atteints du Syndrome de Gilles de La Tourette, ne se situe pas seulement de la manière dont ils perçoivent la maladie ou la façon dont ils gèrent les tics, mais aussi en prenant compte les comorbidités associés, ce qui peut influencer sur le comportement, ainsi que les pensées, et les idées qui se présentent lors des confrontations avec celle-ci, ou même durant les consultations avec les médecins traitants, tout en éprouvant la totalité des émotions ressenties et les difficultés rencontrées, que ce soit personnellement, professionnellement et même socialement.

L'atteinte peut aussi impacter l'intégration au sein de la société, notamment le milieu scolaire ou professionnel, sans ignorer le milieu familial aussi. Des formes qui peuvent mener à un isolement dans la plupart des cas.

Afin de mieux éclairer la situation dans laquelle se trouve les patients atteints du SGT vis-à-vis leur vécu, nous allons illustrer et présenter des définitions sur le vécu, ainsi que le vécu psychologique de ces patients.

La survenue d'une maladie est vécue et ressentie différemment par les individus en fonction de leur capacité physiques et psychiques, mais aussi selon leurs situations socio-économiques et culturelles. Le vécu psychologique face à la maladie, est donc tributaire de multiples facteurs, et est perçu à travers plusieurs sentiments et attitudes décelés chez le patient et dans son entourage. (Konan, et al., 2012, p. 66)

1-1- Définition du vécu

Le vécu se définit comme une expérience qui s'est passé ou qui aurait pu se passer d'une manière réelle et qui fait référence à la vie et aux évènements qui peuvent avoir un impact majeur dans le déroulement de la vie de la personne.

(Labro & Mevel, 2009)

Selon Massimo Corsale, le vécu est l'image que chacun de nous, va continuellement, se former de tout ce qu'il lui est arrivé pendant sa vie, et à laquelle est liée l'identité du sujet. (Corsale, 2019, p. 699)

Le contenu du vécu est basé sur une construction d'un monde qui est propre à chaque individu et pour mettre en œuvre cette construction, il faut employer tout ce qui se passe et s'est passé pendant sa vie. Des évènements matériels ou mentaux où ces dernières laissent une trace dans la vie. (Corsale, 2019)

Le vécu d'un patient confronté à une maladie ou un trouble, dépend d'une part, de la manière dont il gère sa maladie et son degré d'acceptation de celle-ci et d'une autre part, de la dimension psychologique qui a un lien direct avec la maladie.

1-2- Définition du vécu psychologique

Le vécu psychologique renvoie à une histoire qui a été vécue par la personne concernée par l'atteinte, dans des conditions quotidiennes. C'est un sentiment propre à lui.

D'après le dictionnaire de psychologie, le vécu désigne l'ensemble des évènements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective. (Doron & Parot, 2013, p. 746)

Le vécu psychologique est considéré comme tout ce que l'individu ressent, pense face à un événement, ce qui est en rapport avec ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme, des réactions qui ne peuvent pas être contrôlables dans la majorité du temps, mais cela peut devenir conscient. (Wade & Tavris, 2000)

Ainsi le vécu psychologique est, toutes les expériences que nous traversons et peuvent être décomposées en comportement (l'agir), les émotions et les sensations (le ressenti corporel), et les pensées (le rationnel), nous devons en expérimenter toutes les formes pour en retirer une leçon complète (Borgh, 2016, p. 120)

Partant d'une base de ressenti vis-à-vis le vécu psychologique d'une maladie, nous tendons à mettre l'accent sur les émotions qui surviennent spontanément pendant des périodes de temps, ou vécues à base d'éléments déclenchants du ressenti.

2- Les émotions

Les émotions représentent un aspect essentiel de la nature humaine : elles ont pour fonction d'organiser la vie psychique et constituent le pilier de la connaissance que nous avons de nous-même, en nous guidant dans les interactions avec le monde et en jouant un rôle essentiel dans le développement de la conscience. Chacun de nous, le plus souvent sans en être conscient, attribue du sens à ses émotions, à ce qu'il ressent. Il s'agit du niveau de l'expérience immédiate, le niveau tacite. Prenant appui sur la somme des expériences du niveau tacite, nous construisons continuellement des explications qui permettent de maintenir une représentation de nous-même et du monde qui soit cohérente et viable au fil du temps. (Lafortune, Daniel, Doudin, Pons, & Albanese, 2005, p. 209)

2-1- Qu'est-ce que l'émotion

Une émotion est une réaction affective, heureuse ou pénible, se manifestant de diverses façons, plusieurs émotions de base ont été révélées, telle que la peur, la colère, la joie, la tristesse, la surprise, le dégoût et la détresse. (Lafortune, Daniel, Doudin, Pons, & Albanese, 2005, p. 41)

Lorsque l'on parle des émotions, on pense habituellement à la conscience subjective et immatérielle qu'on a du phénomène, au ressenti. L'émotion est toutefois bien plus qu'un phénomène impalpable, il s'agit en réalité d'un phénomène à multiples facettes, dont certaines sont parfaitement objectivables. Parmi ces facettes, on retrouve l'activité neuronale (ex. activation de l'amygdale cérébrale), l'activation physiologique (ex. augmentation du rythme cardiaque), les pensées qui traversent l'esprit, les sensations corporelles (ex. boule dans le ventre), l'expression faciale (ex. expression de peur, rougissement), les modifications de la posture (ex. retrait), la conscience subjective est probablement un produit émergent de ces différents phénomènes. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, p. 14)

Etant des êtres pourvus de sensibilité, nous avons tous constamment des émotions tout comme des sensations. En effet nous percevons notre environnement extérieur et intérieur en permanence, que cela soit de manière consciente ou inconsciente. C'est un messenger de l'environnement, il permet de nous orienter dans notre vie, son intensité ressentie nous révèle le degré d'importance des choses que l'on vit par le monde extérieur mais aussi intérieurement. (Malherbe, 2018, p. 12)

Tout individu a une particularité d'être unique, les émotions changent d'un individu à un autre malgré qu'une situation peut être perçue comme identique, mais se diffère de la manière dont l'individu gère et perçoit les émotions qui peuvent l'envahir à cet instant.

Le vécu de la maladie affecte d'une manière directe, le déclenchement des émotions, et ce que le patient va ressentir. Il peut être aussi une forme positive où celui-ci va exploiter les événements qui peuvent lui apporter un changement et un rituel plus sain durant son quotidien, et qui peut déclencher des émotions de joie. Comme il peut être négatif où l'impact de vivre avec une maladie peut déclencher des émotions de tristesse, de déprime et d'isolation, ce qui peut compliquer la

situation encore plus et voir apparaître des formes sévères, qui peuvent mener au suicide.

Les mots qui décrivent nos états émotionnels sont nombreux et souvent indistinctement utilisés dans le langage courant, comme émotions, humeurs, affects, tempéraments.

Le tempérament influence l'humeur, qui influence à son tour les émotions. L'inverse est vrai également, mais dans une moindre mesure. Il faudra que les émotions incongrues avec l'état d'humeur, soient plus intenses pour avoir un impact en retour sur celui-ci. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, pp. 15-16)

L'apparition des émotions dépend des situations, il y'a celles qui mettent les objectifs de l'individu à mal et celles qui mettent à mal ses croyances fondamentales. Comme dans les situations menaçant l'atteinte des buts où l'individu se retrouve confronté à des émotions négatives, contrairement aux émotions positives qui font apparition lorsqu'un individu réalise un objectif, et qui peuvent être durable à l'image de soi comme ils peuvent être transitoires, secondaires, conscients, complexes, ou même inconscients et simples. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020)

2-2- Les types des émotions

2-2-1- Simples

Les émotions qui permettent de nous informer sur l'état de nos besoins et qui sont les positives et les négatives, ces deux classes se subdivisent en trois catégories qui sont :

- Par rapport aux besoins : comblement ou non des besoins.
- Par rapport au responsable : les réactions envers ce qui nous aide ou nuit à la satisfaction du besoin.
- D'anticipation : les réactions à ce qu'il pourrait arriver, faire appel à l'imagination surtout.

2-2-2- Mixtes

Un mélange des émotions qui se formes d'une façon plus ou moins masquée, et qui a un but de cacher ce que nous vivons réellement (expériences défensives) comme la honte.

2-2-3- Refoulées

Les expériences qui ont une intégration corporelle, des formes de ressenti physique dû à un malaise qui se traduit par une émotion qu'on cherche à écarter de sa tête, parmi ces expériences on trouve l'angoisse, l'anxiété et phobie.

2-2-4- Pseudo-émotions

Regroupement de diverses expériences se trouvent assimilées à des émotions, mais qui ne le sont pas. Comme la tristesse qui y met un ressenti d'une gorge nouée. Des formes de manifestations ressenties par le biais des émotions.

(Malherbe, 2018, pp. 13-14-15)

3- Le sentiment subjectif

Le sentiment subjectif est l'émotion vécue par l'individu telle qu'elle est. L'apparition de l'émotion dépend d'un processus dynamique avec l'implication de plusieurs systèmes indépendants qui peuvent à un moment donné engendrer une émotion. Un aspect considéré comme conscient du processus émotionnel.

Les expériences émotionnelles ont besoin du corps et d'un facteur déclenchant externe qui va entraîner les modifications corporelles, ces expériences proviennent des émotions fortement ressenties, et qui viendrait de la perception de nos états corporels, et les émotions faibles qui n'ont pas besoin d'une activité somatique afin d'exister, tout en utilisant un modèle de processus qui s'étend à l'utilisation de l'organisme à partir d'évaluation des antécédents afin d'appréhender les événements qui surviennent dans l'environnement de l'individu, et les analyser, ainsi que l'activité physiologique qu'il va expérimenter. (Sander & Scherer, 2019)

4- Fonctions et manifestations des émotions

Les émotions ont de différentes fonctions. Indispensables et peuvent être des sources d'information. Une émotion négative peut nous signaler un obstacle, tandis qu'une émotion positive peut nous renseigner sur l'atteinte en bonne voie d'un objectif, et assister notre adaptation à notre environnement. Les émotions servent de support pour prendre nos décisions, en provoquant des réponses comportementales, cognitives et physiologiques afin de permettre une réponse optimale selon la situation en confrontation.

Scherer (2001) propose un modèle à cinq dimensions des différentes manifestations de l'émotion :

- Les pensées suscitées par la situation
- Les modifications biologiques
- Tendance à l'action
- Modification expressives et comportementales
- Le ressenti

Les cinq dimensions peuvent être associées les unes aux autres, comme elles peuvent se trouver dissociées en raison d'un contexte social particulier.

(Dugue, 2022, pp. 34-35)

5- Les compétences émotionnelles

Les compétences émotionnelles réfèrent aux différences dans la manière dont les individus identifient, expriment, comprennent, utilisent et régulent leurs émotions et celles d'autrui. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, p. 07)

Saarni (1999) définit les compétences émotionnelles comme étant la démonstration de l'auto efficacité dans les transactions sociales déclenchant les émotions. La compétence émotionnelle permet à l'individu, dans sa relation avec les autres, d'interagir en permettant d'appliquer de façon simultanée et stratégique ses

connaissances émotionnelles, c'est une habileté qui peut se développer et cela, toujours dans son contexte social. (Dumercy, 2016, p. 18)

Les compétences émotionnelles semblent se former autour de cinq grandes compétences de base et qui sont :

Tableau 07 :

Les cinq compétences émotionnelles de base

	Versant intrapersonnel (soi)	Versant interpersonnel (autrui)
Les personnes ayant des compétences émotionnelles élevées		
Identification	...sont capables d'identifier leurs émotions	...sont capables d'identifier les émotions d'autrui
compréhension	...comprennent les causes et conséquences de leurs émotions	...comprennent les causes et conséquences des émotions d'autrui
expression	...sont capables d'exprimer leurs émotions, et de le faire de manière socialement acceptable	... permettent aux autres d'exprimer leurs émotions
régulation	...sont capables de gérer leur stress et leurs émotions (lorsque celle-ci sont inadaptées au contexte)	... sont capables de gérer les émotions et le stress d'autrui
Utilisation	...utilisent leurs émotions pour accroître leur efficacité (au niveau de la réflexion, des décisions, des actions)	...utilisent les émotions des autres pour accroître leurs efficacité (au niveau de la réflexion, des décisions, des actions)

Source : (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, p. 07)

Ces compétences se déclinent sur trois niveaux :

- Le premier niveau est celui des connaissances. Il renvoie aux connaissances implicites et explicites de l'individu à propos de chacune des cinq dimensions, exemple d'une personne qui va faire face à sa situation difficile, il est plus efficace de réévaluer positivement la situation que de chercher à masquer son émotion.

- Le second niveau est celui des habiletés. Correspond à la capacité de l'individu à appliquer ses connaissances en situation émotionnelle. La capacité à implémenter une stratégie donnée.
- Le troisième niveau est celui des dispositions (ou traits) ce niveau réfère à la propension de l'individu à se comporter de telle ou telle manière dans les situations émotionnelles en général.

Ces trois niveaux de compétence interagissent entre-eux, mais ne sont que modérément corrélés. Les connaissances ne se traduisent pas toujours en habiletés, lesquelles ne sont pas toujours utilisées au quotidien. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, p. 08)

5-1- Les composantes de la compétence émotionnelle

Selon Saarni (1999), la compétence émotionnelle englobe huit composantes :

- a) La conscience de ses propres états émotifs : la capacité de l'individu à reconnaître ses émotions, comprendre la source à partir d'une liaison entre l'état émotionnel avec les évènements déclencheur de cet état, ce qui va favoriser la prise de décision, y mettre une action pour gérer l'émotion au lieu de l'éviter.
- b) L'habileté à reconnaître et à comprendre les émotions des autres : en relation étroite avec la première composante, l'individu ne peut pas comprendre les émotions des autres qu'en se référant à ses propres émotions.
- c) L'habileté à utiliser le vocabulaire associé aux émotions, celle-ci permet une communication des émotions à partir d'un langage ou par l'utilisation des symboles.
- d) La capacité d'empathie : une dimension essentielle dans les relations interpersonnelles. Avoir la capacité de comprendre ce que les autres ressentent, ainsi que les états émotionnels pour instaurer des formes de solidarité.

e) L'habileté à comprendre que l'état émotif interne ne correspond pas nécessairement ce qui est exprimé : éprouver une émotion, l'état affectif ne veut pas dire avoir la capacité à le révéler à son entourage. L'état interne est complètement différent de ce qui est démontré.

f) La capacité à gérer les émotions d'aversion ou de détresse en utilisant des stratégies d'auto régulation : la capacité à tolérer une émotion désagréable puissante. L'auto régulation va permettre de gérer ces émotions à partir des adaptations.

g) La capacité d'accepter ses expériences émotives et développer un sentiment d'auto efficacité : chaque individu se construit à partir des expériences personnelles qu'il traverse, ce qui va favoriser un développement d'un sentiment d'auto efficacité émotionnel.

h) La capacité à comprendre que les relations interpersonnelles et la communication dépend des émotions : adaptation de la communication dans les relations interpersonnelles. Une prise de conscience que chacun transmet ses émotions de façon personnelle, et variée ce qui va permettre d'ajuster cette communication en fonction des attitudes de son interlocuteur.

(Dumericy, 2016, pp. 18-19-20)

6- Les dysfonctionnements des émotions

Les émotions dysfonctionnelles sont celles qui se présentent d'une manière, qu'elles soient en désaccord avec les objectifs de l'individu, ou inappropriées par rapport au contexte et pour cela, la régulation des émotions doit être mise en œuvre afin de faire face aux différentes situations, comme le sentiment de honte qui peut nuire au bien-être de l'individu, la tristesse causée par une dispute, malentendu, qui peut affecter la concentration, la colère qui peut toucher autrui. Des situations et des émotions éprouvées et qui peuvent être en désaccord avec les objectifs de l'individu, ce qui peut les perturber d'une manière directe.

Ainsi prendre part des rapports sociaux dépendent d'une grande partie de la manière dont les individus expriment et régulent leurs émotions, tout en prenant part

des normes, cultures et la situation, car celle-ci impose des formes d'expression émotionnelle compatible. (Mikolajczak, Quoidbach, Kotsou, & Nélis, 2020, pp. 136-137)

Comme nous l'avons décrit dans le premier chapitre, le syndrome de Gilles de La Tourette est une affection neuropsychiatrique, caractérisée par des tics, et des comorbidités qu'on peut lier directement à des états émotionnels. Leurs apparitions dépendent de la capacité du patient à gérer les émotions, la manière dont ils confrontent les situations et les stratégies de régulation des émotions, ainsi que le degré d'acceptation de la maladie ou non.

Le SGT chez les jeunes est associé à des difficultés psycho-sociales, les parents et l'entourage jouent un rôle important dans la gestion de la maladie, les symptômes de la maladie ressenties par les personnes atteintes peuvent s'aggraver souvent dans des situations sociales, comme dans des cas où il y'a des formes d'hostilités angoissantes et stressantes qui peuvent aboutir à une forme extrême des manifestations de tics, que ce soit vocaux, moteurs, ou complexes. L'émergence de celles-ci a un lien quand ils sont sous surveillance publique, ainsi que les actions, les expressions faciales peuvent être une alternative déclenchante. Des facteurs qui vont avoir un impact sur le ressenti des patients et la façon dont ils vont gérer leurs émotions, ce qui peut mener à la non régulation, et voir même apparaître directement des formes d'isolement, d'anxiété, de peur, de tristesse, de déprime et autres.

Le vécu de la maladie représente un très grand défi pour les patients en terme d'expression des émotions et comment y faire face. Ce qui peut influencer les comportements et les attitudes et les réactions. Et depuis un certain temps, les chercheurs savent que les variables émotionnelles influencent le comportement tic.

Hoekstra et ses collaborateurs, dans une étude longitudinale, ont trouvé des corrélations significatives entre des événements de vie négatifs et la sévérité des tics. O'Connor et al, ont constaté que la frustration était un état émotionnel principalement lié aux tics à haut risque et aux tic-tac. La littérature soutient généralement l'idée que l'anxiété, les facteurs de stress et la frustration sont significativement liés à l'augmentation de la fréquence et de l'intensité du comportement tic. Les facteurs environnementaux et comportementaux, tels que la présence ou l'absence de stimuli spécifiques et les réactions émotionnelles à des

événements de la vie, à différents facteurs ou à des activités, ont un impact significatif sur les tics.

Les résultats d'une étude réalisée par Findley et ses collègues à l'aide du Yale Children's Global Stress Index (YCGSI) ont montré que non seulement les tics chez les enfants atteints du SGT et des troubles obsessionnels compulsifs (TOC) sont affectés par le stress émotionnel, mais ces enfants subissent davantage de ces facteurs de stress dans leur vie quotidienne. Les facteurs consécutifs surviennent après l'apparition d'un tic et diminuent ou renforcent les comportements de tic. Les conséquences négatives, comme le fait de dire à l'enfant de quitter la pièce ou de commenter publiquement ses tics, les conséquences positives, comme le fait de récompenser un enfant qui a changé son comportement de tic, ont eu un résultat positif. Si le conditionnement peut affecter l'expression des tics à long terme, les composantes émotionnelles peuvent avoir un effet immédiat sur l'issue du traitement.

Traduction libre de (Leisman & Sheldon, 2022, pp. 02-08)

Des données préliminaires suggèrent que les variables émotionnelles ont un impact sur les tics. Lin et al. ont constaté que les niveaux actuels de stress psychosocial et de dépression étaient des prédicteurs significatifs, bien que modestes, des prédicteurs de la sévérité future des tics.

Le rôle de l'émotion perçue et de l'exacerbation des tics a été examiné dans les études de O'Connor et al. Ils ont demandé aux participants d'identifier les émotions associées aux situations à haut risque. La frustration était l'émotion la plus fréquemment associée à ces situations.

En utilisant une procédure similaire, O'Connor et ses collaborateurs, ont constaté que les activités associées à un risque élevé d'expression de tics étaient les plus susceptibles d'être évaluées comme actives ou tendues. Il est intéressant de noter que les auteurs ont remarqué que les activités à haut risque n'étaient pas associées aux évaluations de l'anxiété ou de la nervosité. Les auteurs suggèrent que le stress, l'anxiété frustration et la tension sont souvent associés à une augmentation des tics. Traduction libre de (Conelea & Woods, 2008, pp. 490-491)

7- Les troubles du sommeil

7-1- Qu'est-ce que le sommeil

Il peut être défini comme un état de conscience modifiée, durant lequel les perceptions conscientes du monde extérieur sont très faibles, voire quasiment abolies selon les stades. Le sommeil n'est pas un phénomène continu et constant tout au long de la nuit, c'est un moment de récupération. (Dagneaux, 2021, p. 19)

Le sommeil se constitue de cinq stades, et sont classifiés de 0 jusqu'à 4 :

- **Stade 0** : correspond à la veille calme, l'activité musculaire est importante, la respiration est rapide et irrégulière tout comme le rythme cardiaque
- **Stade 1** : l'endormissement : premier stade constitué de sommeil lent, léger, qu'on observe au moment de l'endormissement, c'est un sommeil durant lequel le moindre bruit peut réveiller l'individu et qui ne donne pas la sensation d'avoir dormi.
- **Stade 2** : sommeil lent léger : nous restons durant ce stade très sensibles aux stimuli extérieurs. Le stade le plus important de notre sommeil puisqu'il constitue 50% du temps totale de nos nuits.
- **Stade 3** : sommeil lent profond : caractérisé par des ondes cérébrales lentes, la respiration est lente et régulière, tout comme le rythme cardiaque. La température corporelle est basse, il est difficile de réveiller la personne. Associé à la récupération physique et représente chez tous les dormeurs environs 100 minutes par nuit, quel que soit leurs besoins naturels du sommeil.
- **Stade 4** : sommeil paradoxal : le stade durant lequel l'activité onirique est la plus élaborée, le paradoxe résulte d'une activité cérébrale élevée, alors que l'on observe une absence totale de tonus musculaire dans les muscles posturaux et conservé au niveau de la tête avec des mouvements oculaires en saccade. Le rythme cardiaque et la température corporelle augmentent au cours de ce stade.

(Dagneaux, 2021, pp. 23-24)

7-2- L'insomnie

L'insomnie se définit comme un retard de l'endormissement ou le maintien du sommeil ; les deux anomalies peuvent être associées. Dans ce dernier cas, le nombre des éveils venant perturber le dormeur est variable, mais il peut le gêner au point de lui faire dire qu'il n'a pas fermé l'œil de la nuit. (Senninger, 2012, p. 19)

Les insomnies sont une perturbation du sommeil soit lors de l'endormissement, soit pendant le maintien du sommeil au cours de la nuit, soit en fin de sommeil avec un réveil trop tôt le matin, avec un retentissement diurne. (Dagneaux, 2021, p. 53)

Une plainte subjective du sommeil. Difficultés à initier ou maintenir le sommeil, présence d'éveil précoce. La plainte subjective doit être présente au moins trois fois par semaine, sur une période de 3 mois en cas d'insomnie chronique, alors que les conditions du sommeil sont satisfaisantes, au moins un symptôme diurne doit y être associé : fatigue, trouble de concentration, de l'humeur ou altération des performances. (Poirot & Schroder, 2016, p. 90)

Selon les critères diagnostique du DSM5 :

A. La plainte essentielle concerne une insatisfaction liée à la qualité du sommeil, associée à un (ou plusieurs) des symptômes suivants :

1. Difficulté d'endormissement. (Chez l'enfant, il peut s'agir de difficulté d'endormissement sans l'intervention d'un tiers responsable.)

2. Difficulté de maintien du sommeil caractérisée par des réveils fréquents ou des problèmes à retrouver le sommeil après un éveil. (Chez l'enfant, il peut s'agir de difficultés à retrouver le sommeil sans l'intervention d'un tiers responsable.)

3. Réveil matinal précoce assorti d'une incapacité de se rendormir.

B. La perturbation du sommeil est à l'origine d'une détresse marquée ou d'une altération du fonctionnement dans les domaines social, professionnel, éducatif, scolaire ou dans d'autres domaines importants.

C. Les difficultés de sommeil surviennent au moins 3 nuits par semaine.

D. Les difficultés de sommeil sont présentes depuis au moins 3 mois.

E. Les difficultés de sommeil surviennent malgré l'adéquation des conditions de sommeil.

F. L'insomnie n'est pas mieux expliquée par un autre trouble de l'alternance veille-sommeil ni ne survient exclusivement au cours de ce trouble (p. ex. narcolepsie, trouble du sommeil lié à la respiration, trouble du sommeil lié au rythme circadien, parasomnie).

G. L'insomnie n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament).

H. La coexistence d'un trouble mental ou d'une autre affection médicale n'explique pas la prédominance des plaintes d'insomnie.

(DSM 5, 2015, pp. 472-473)

L'insomnie apparaît très fréquemment chez les patients du SGT, et les patients atteints du trouble des tics chroniques, or que la prévalence varie selon la population d'étude.

Dans une étude de cohorte basée sur un registre suédois, les auteurs ont estimé la prévalence de l'insomnie dans le SGT et TTC, en tenant compte des facteurs de confusion familiaux et des comorbidités somatiques et psychiatriques pertinentes. Sur 10444702 personnes vivants en Suède entre 1997 à 2013, 5877 ont reçu un diagnostic de SGT et TTC et ont été comparées à des personnes non diagnostiquées de la population générale sur la présence d'insomnie.

Les personnes atteintes du SGT et TTC avaient une prévalence d'insomnie de 32,16 %, contre 13,70 % de la population non exposée. Cela s'est traduit par une probabilité de 6,7 fois plus élevée d'insomnie dans le SGT et TTC. (Isomura & al, 2022)

Synthèse

Nous avons abordé le vécu de la maladie chez les patients atteints du Syndrome de Gilles de la Tourette, entre perturbations émotionnelles et troubles de sommeil ainsi que l'influence des troubles associés au SGT sur leur vie quotidienne. Cela nous a permis de mieux appréhender les souffrances psychologiques que le Syndrome de Tourette engendre sur ces personnes, qui nécessitent, sans aucun doute, une prise en charge adéquate.

Dans le chapitre suivant, nous allons aborder le chapitre de « la méthodologie de la recherche », nous allons commencer par les limites de la recherche, ensuite la méthodologie de la recherche, les différents outils, ainsi que de la pré-enquête, avec une synthèse à la fin.

Partie pratique

Chapitre 03

Méthodologie de la recherche

Préambule

Dans chaque travail de recherche, la méthodologie demeure un élément fondamental et essentiel afin de guider et cerner notre investigation. Cette dernière doit être menée d'une manière efficace, et qui sera adaptée aux objectifs du chercheur ainsi qu'au type de la recherche, pour bien expliquer la démarche du travail présenté ainsi que les outils utilisés sur le terrain et cela à travers de ce chapitre intitulé la méthodologie de la recherche.

En premier lieu, nous allons présenter les limites de la recherche, puis exposer la méthode que nous avons adopté dans notre travail, en plus de la présentation du lieu de recherche, ensuite décrire les outils que nous avons utilisé et qui nous ont permis la récolte des données et leurs analyses, par la suite nous illustrerons le déroulement de la pré-enquête et l'enquête. Enfin nous évoquerons les difficultés rencontrées lors de la réalisation de la recherche et nous clôturons ce chapitre par synthèse.

1- Les limites de la recherche

Limites spatiales : la recherche s'est déroulée dans trois lieux différents : l'ancien hôpital d'Akbou, Cabinet privé de psychiatrie et de pédopsychiatrie, Université de Bejaia.

Limite temporelle : 13 Mars au 26 avril.

Limite du groupe : l'étude s'est portée sur quatre patients atteints du SGT.

Outils de recherche : entretien semi directif doté d'un guide d'entretien, profil des compétences émotionnelles (PCE) et l'échelle de la dépression et de l'anxiété (HADS).

Approche : cognitivo comportementale.

2- Méthode utilisée dans la recherche

La recherche scientifique en psychologie est un processus dynamique, une démarche rationnelle, organisée qui permet d'examiner les phénomènes, les

problèmes à résoudre, obtenir des réponses précises et la compréhension à partir d'une investigation bien précise.

La méthode est définie comme l'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, comprendre et expliquer la réalité étudiée. (Loubet, 2000)

Nous avons opté pour la méthode clinique afin de mettre en œuvre une stratégie de vérification sur le terrain pour nos hypothèses. Une méthode qui va nous emmener à comprendre, observer la conduite des patients et les étudier d'une manière singulière, explorer et expliquer le fonctionnement et le dysfonctionnement d'une manière réaliste, cette méthode de recherche a pour but d'établir un sens, déceler les conflits d'une situation donnée.

La méthode clinique regroupe un ensemble de techniques qui ont en commun de produire des informations concrètes sur la personne ou la situation posant problème et/ou révélant une souffrance, rapporte les faits observés à l'individu et s'organise autour de l'étude de cas. Une méthode qui soutient une activité pratique en visant la reconnaissance, la nomination de certains états, aptitudes, comportements afin de proposer une thérapeutique tout en donnant au sujet des possibilités d'expression.

(Pedinielli, 2016, p. 32)

Daniel Lagache (1949) définit la méthode clinique, comme elle envisage une conduite dans sa perspective propre, relative, aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, cherché à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. (Chahraoui & Bénony, 2003, p. 11)

La méthode clinique a pour objet l'étude approfondie des cas individuels, elle comporte deux niveaux complémentaires, le premier est celui du recueil in vivo des informations et des données et qui se penche sur l'utilisation des tests, échelles, entretien, observation, analyse des textes écrits et les dessins, en présence de la personne concernée où l'utilisation des outils vont permettre la distinction du problème en question. La deuxième est une étude approfondie et exhaustive d'un cas à partir de l'expression dynamique, la genèse et la totalité, et cherchant des

modes de résolution de conflit et ainsi leur origine à partir des principes de singularité, fidélité à l'observation. (Pedinelli, 2016)

À partir de ce qui a été énoncé, on trouve que la méthode clinique est la pratique la plus pertinente car elle repose sur un principe qui est la singularité de l'individu que ce soit dans ses pensées, réactions, ainsi que son histoire, où aborder ces éléments doit être implicitement par une prise de contact avec son contexte. Pour cela, on estime que c'est la méthode la plus compatible aux objectifs de notre recherche et qui permettra l'étude et l'analyse de la personne comme un cas individuel et en constante évolution.

Notre recherche porte sur l'étude du vécu de la maladie chez les patients atteints du syndrome de Gilles de la Tourette. Notre choix pour mener à bien notre recherche s'est posé sur l'étude de cas. Une méthode qui nous permettra d'observer d'une manière approfondie la personne, la comprendre et l'analyser, tout en s'accroissant sur le vécu de la maladie qui est un phénomène complexe et qui nous donnera l'accès à une compréhension du ressenti des patients atteints du SGT.

L'étude de cas représente une méthode d'investigation qui s'inscrit dans une démarche et une pensée clinique à partir de l'observation et en portant l'accent sur la réalité psychique ainsi que la subjectivité afin d'aboutir à une présentation et analyse du sujet en situation, en détaillant les caractéristiques du problème ou du phénomène tel qu'il s'est déroulé dans une situation particulière. (Bioy, Castillo, & Koenig, 2021)

Lagache parle de l'étude de cas comme l'aboutissement d'une investigation clinique, l'histoire d'un cas permet d'établir un diagnostic, un pronostic qui fournit une base rationnelle, en se penchant sur l'anamnèse et l'observation. (Fernandez & Pedinelli, 2020, p. 56)

Chartier évoque l'étude de cas et affirme que le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes n'est pas rapporter des faits exacts, mais chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique préalablement élaborée. (Schauder, 2012)

Selon Claude Revault D'Allonnes, l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant

des lectures à différents niveaux en mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychologique. (Fernandez & Pedinielli, 2020, p. 58)

L'étude de cas permet alors d'élaborer des hypothèses concernant l'étiologie, les causes, et les facteurs de développement d'un trouble et un objet de synthèse des éléments recueillis à partir des outils que le psychologue utilise dans sa pratique.

D'après tout ce qu'on a abordé plus haut, nous avons retenu comme méthode de recherche, la méthode clinique et l'étude de cas, avec une démarche qualitative qui va nous permettre d'explorer notre terrain de recherche d'une bonne manière afin d'atteindre les objectifs tracés.

3- Présentation des lieux de recherche

Notre enquête a été réalisée dans trois lieux différents : un établissement hospitalier, un cabinet de pédopsychiatrie, et à l'université de Bejaïa.

D'abord nous avons commencé à l'ancien hôpital d'Akbou, après avoir trouvé un cas qui répond aux critères de notre étude, puisqu'il s'agissait d'un seul cas, nous étions obligés de poursuivre notre recherche pour atterrir au cabinet de pédopsychiatrie de Docteur Bengouirah où on a trouvé un autre cas. Or, nous étions encore une autre fois dans l'obligation de chercher ailleurs et cette fois au sein de l'université de Bejaïa dans laquelle on a trouvé deux autres cas.

3-1- Présentation du cabinet privé de psychiatrie

Créé en mois de mai 2017, c'est un cabinet privé de psychiatrie et pédopsychiatrie situé à Bejaïa ville.

3-2- Présentation de la polyclinique d'Akbou

Créé en 1872, la polyclinique d'Akbou dite l'ancien hôpital, se situe au centre de la commune d'Akbou, elle se compose de plusieurs services, et enregistre plus de

45000 consultations par an, réparties en : médecine générale, chirurgie, orthopédie, service de santé mentale (psychiatrie et psychologie), chirurgie dentaire, et un laboratoire des analyses médicales.

3-3- Présentation de l'Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Créé en octobre 1983, un établissement public d'enseignement supérieur pluridisciplinaire qui dispose actuellement de quatre campus, Targa ouzemour (13228 places pédagogiques) Aboudaou (29100 places pédagogiques) Elkseur (6000 places pédagogiques) et Amizour (4100 places pédagogiques) qui abrite depuis l'année universitaire 2019/2021 l'école supérieure en science et technologie de l'informatique et du numérique.

L'université se compose d'un rectorat, un secrétariat général et quatre vices rectorat, ainsi que 36 laboratoires de recherche agréés et de huit facultés, chaque structure comporte des services administratifs et techniques. (Guide de l'étudiant, 2020/2021)

4- Groupe de recherche

Notre recherche s'est effectuée auprès des patients atteints du SGT afin d'explorer le vécu de la maladie de ces derniers. Notre groupe de recherche comprend quatre sujets que nous avons sélectionnés parmi d'autres cas sur la base de différents critères d'inclusion et critères d'exclusion.

4-1- Les critères d'inclusion :

Le syndrome de Gilles de la Tourette est une maladie rare et la proportion des cas reste très limitée surtout dans notre pays, on s'est basé sur des critères pour la sélection de nos cas d'une manière prudente et en prenant en considération les aspects suivants :

- Des patients dont l'âge varie entre 17 ans à 25 ans, nous avons choisi précisément cette période afin d'avoir un accès libre à l'anamnèse et au vécu de la maladie et explorer cet aspect d'une manière fluide.
- Doivent être diagnostiqué du SGT et en une prise en charge thérapeutique ou pharmacologique.
- Absence d'handicap physique.

4-2- Les critères d'exclusion

- Les patients qui ont un âge inférieur à 17 ans ou qui dépasse 25 ans.
- Des patients qui présentent des tics que ce soit transitoire ou chronique sans être diagnostiqués.
- On n'a pas limité notre étude par rapport au sexe du patient.
- On n'a pas pris en considération le niveau socio-économique du patient.
- On n'a pas pris en considération la langue utilisée.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des cas que nous avons évidemment changé pour préserver l'anonymat et la confidentialité. Dans le respect des règles de l'éthique et de déontologie de la recherche en psychologie clinique. Ce tableau comporte l'âge, le sexe, le niveau d'instruction, âge du diagnostic, situation matrimoniale.

Tableau 08 :

Tableau récapitulatif des cas étudiés

Informations Prénom	Âge	Sexe	Niveau d'instruction	Âge du diagnostic	Situation matrimoniale
Aymen	19 ans	Homme	1 ^{ère} AM	7 ans	Célibataire
Anis	21 ans	Homme	Licence 3	14 ans	Célibataire
Maya	25 ans	Femme	Master 2	4 ans	Célibataire
Tarik	25 ans	Homme	Master 2	5 ans	Célibataire

A partir du tableau ci-dessus, on note que notre groupe de recherche se compose de trois hommes et une femme qui sont tous célibataires, dont l'âge varie entre 19 ans et 25 ans. Les trois premiers cas sont des universitaires tandis que le dernier cas a arrêté ses études en 1^{ère} année moyen.

5- Les outils de recherche

Pendant notre étude, nous avons choisi des outils qui nous ont été utiles afin d'accomplir notre tâche. D'abord nous avons commencé par l'entretien de recherche. En particulier l'entretien de recherche semi-directif, doté d'un guide d'entretien qui nous a permis d'avoir un contact direct avec les sujets de notre étude afin d'instaurer une forme de confiance avec eux avant la passation des tests.

Ensuite, nous nous sommes servis de deux outils psychométriques, le premier qui est le PCE qui nous permet d'évaluer le Profil de Compétences Emotionnelles des patients. Le second qui est l'échelle de dépression (HADS), afin d'évaluer les manifestations anxieuses et dépressive du patient.

Les deux échelles vont nous permettre une mesure d'une manière objective des indices cliniques ciblés et qui sont les compétences émotionnelle et l'anxiété et dépression dans le but de confirmer ou infirmer nos hypothèses de recherche.

5-1- L'entretien de recherche

Comme première définition, l'entretien est d'abord une situation et de mise en relation entre deux sujets par la parole, le langage le plus saisissable, sans préjugés de finalités, chacun des interlocuteurs structure l'échange. (Jacobi, 1995)

Le petit Robert définit l'entretien simplement comme l'action d'échanges de paroles avec une ou plusieurs personnes. (Bénony & Chahraoui, 1999)

L'entretien est une partie qui se joue au moins à deux avec une position asymétrique entre le sujet et le psychologue, son travail consiste à savoir recevoir et écouter le discours du sujet mais aussi à le susciter, le soutenir, et à permettre son expérience ou l'efficacité d'un entretien dépend du type de rencontre qu'il ménage

avec le SGT et qui dépend des qualités du psychologue, son éthique, son expérience, compétences et techniques. (Pedinielli, 2016, p. 36)

L'entretien clinique a donc une place de choix en psychologie clinique, vise à recueillir un maximum d'informations sur le sujet, mais les informations ne peuvent pas être comprises qu'en référence au sujet lui-même, par exemple les difficultés d'un individu ne peuvent prendre sens que si elles sont restituées dans leur cadre de référence, histoire personnelle du sujet, son histoire familiale, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa personnalité...Etc. (Bénony & Chahraoui, 1999)

L'entretien clinique de recherche est alors l'instrument le plus employé d'une manière fréquente comme méthode qui sert à la récolte des données dans différentes disciplines autre que la psychologie clinique. Représente un outil indispensable et essentiel afin d'avoir accès aux informations subjectives des sujets comme les événements vécus, les émotions, les croyances, histoire personnelles, de comprendre des phénomènes ainsi que d'apporter d'une manière structurée des données importantes et utiles dans le domaine étudié.

Donc nous avons adopté l'entretien clinique de recherche qui est un outil nécessaire et qui permet d'interroger oralement les sujets afin d'obtenir les résultats désirés. Il existe plusieurs types d'entretiens et qui sont : l'entretien directif, l'entretien semi-directif, l'entretien non-directif. Le choix d'un type d'entretien doit se faire selon la situation à laquelle le chercheur est confronté avec le sujet, et dans notre recherche, nous avons choisi l'entretien semi-directif pour sa favorisation de l'expression libre à partir d'une orientation qui se fait vers des questions précises et qui cible les données que le chercheur veut avoir.

5-2- L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit. (Bénony & Chahraoui, 1999, p. 65)

Dans ce type d'entretien, le chercheur a en tête quelque questions soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose

de mener son investigation, celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonné mais exprimées à un moment opportun de l'entretien. (Bioy, Castillo, & Koenig, 2021, p. 187)

Le degré de liberté dans l'entretien est un peu moins dans l'entretien semi-directif avec une structuration d'une manière thématique en prenant compte la liste des thèmes à aborder.

5-3- Le guide d'entretien

Le guide d'entretien se compose de différents thématiques que le chercheur souhaite voir aborder lors de l'entretien avec une structuration en fonction des hypothèses du chercheur mais seulement celles qui permettront de répondre à la problématique initiale. (Barbillon & Le Roy, 2012)

Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : généralement soigneusement préparées et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Bénony & Chahraoui, 1999, pp. 68-69)

Dans ce cadre, nous avons élaboré un guide d'entretien semi-directif de 52 questions réparti en sept axes (voir l'annexe).

Premièrement, les neuf premières questions de notre guide d'entretien portent sur « les données personnelles du sujet », dans le but de rapporter la biographie du sujet.

Le premier axe s'intitule « Informations sur la maladie » qui contient sept questions et a pour objectif de récolter et avoir des données nécessaires sur la maladie.

Le deuxième axe est sur « les informations sur la maladie et la famille », qui comprend cinq questions et qui explore la relation du patient avec les membres de sa famille.

Le troisième axe aborde « les informations sur la maladie et l'entourage » et qui contient quatre questions qui abordent le ressenti et le vécu quotidien du patient.

Le quatrième axe est consacré à l'anxiété et qui contient neuf questions dans le but d'explorer l'aspect psychologique du patient.

Le cinquième axe contient treize questions sur l'état psychique du patient par rapport à la dépression.

Le sixième axe est consacré au TOC où il y a sept questions afin de voir les idées du patient, sur les rituels et ainsi que les idées obsessionnelles qui peuvent traverser son esprit.

Le septième axe aborde le TDAH et l'attention dont sept questions adressées au patient afin d'explorer l'hyperactivité et la symptomatologie du TDAH.

L'objectif principal des questions de notre guide d'entretien est d'explorer ainsi que de détecter les différentes combinaisons et ressentis du vécu psychologique de la maladie au quelle le patient ayant le SGT est confronté. On ne s'est pas seulement contenté de notre guide d'entretien clinique semi-directif mais, aussi utiliser des outils psychométriques qui vont nous permettre d'obtenir des informations qui ne peuvent être observées lors des entretiens qui vont nous permettre une exploration plus approfondie du vécu et surtout du ressenti et qui sont le profil des compétences émotionnelles (PCE) et l'échelle de la dépression et de l'anxiété (HADS).

5-4- Description de l'échelle du PCE

Le Profil de compétences émotionnelles est une échelle créée par M. Mikolajczak et S. Brasseur (voir Annexe), qui permet une analyse des forces et des faiblesses concernant les compétences d'une personne à comprendre et contrôler ses émotions et celles d'autrui.

Présentation et consigne du test sont citées comme suit :

« Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau. »

« Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5. 1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent. »

L'échelle de mesure contient 50 items et fournit 13 scores (10 de sous échelles et 3 scores totaux :

- Identification de mes émotions ;
- Identification des émotions d'autrui ;
- Compréhension de mes émotions ;
- Compréhension des émotions d'autrui ;
- Expression de mes émotions ;
- Écoute des émotions d'autrui ;
- Régulation de mes émotions ;
- Régulation des émotions d'autrui ;
- Utilisation de mes émotions ;
- Utilisation des émotions d'autrui.

Pour les trois derniers :

- 1 score total de CE ;
- 1 sous-score de CE intrapersonnel (identification, compréhension, etc. de mes émotions) ;
- 1 sous-score de CE interpersonnel (identification, compréhension, etc. des émotions des autres).

Clé de notation

Légende : * = item à reverser 1=5, 2=4, 3=3, 4=2, 5=1.

Manière de procéder : calculer le score pour chaque échelle en effectuant

La moyenne des items qui le composent.

Sous échelles :

- Identification de mes émotions (6, 16, 20*, 48, 49*) ;
- Identification des émotions d'autrui (7, 29*, 30, 40*, 44*) ;
- Compréhension de mes émotions (1*, 2*, 10, 26*, 43*) ;
- Compréhension des émotions d'autrui (5*, 13, 14, 18*, 34*) ;
- Expression de mes émotions (8, 17, 25*, 38*, 42*) ;
- Écoute des émotions d'autrui (23, 28*, 31*, 45, 46*) ;
- Régulation de mes émotions (12, 15, 37*, 39, 50) ;
- Régulation des émotions d'autrui (19, 27, 33, 35, 47) ;
- Utilisation de mes émotions (9*, 21, 22, 24, 41) ;
- Utilisation des émotions d'autrui (3, 4, 11, 32, 36).

Scores totaux :

- 1 score total de CE : moyenne de tous les items précités ;
- 1 sous-score de CE intrapersonnel : moyenne des scores aux échelles d'identification, compréhension, expression, régulation et utilisation de mes émotions;
- 1 sous-score de CE interpersonnel : moyenne des scores aux échelles d'identification, compréhension, expression, régulation et utilisation des émotions d'autrui.

Temps de passation :

De 10 à 15 minutes selon les études.

5-5- Description de l'échelle du HADS

Le HADS a été établi par Sigmond A.S. et Snaith R.P, en 1983. Cet outil cherche à identifier une symptomatologie anxio-dépressive et à en évaluer la sévérité. Il ne cherche pas à distinguer les différents types de dépression ou état anxieux. Cette échelle a été construite en excluant tout item concernant les aspects somatiques, aspects qui pourrait être confondus entre la maladie physique et mentale.

Evaluation de la symptomatologie dépressive et anxieuse, en écartant les symptômes somatiques susceptibles d'en fausser l'évaluation chez des patients vus en médecine (et présentant fréquemment des problèmes organiques).

Auto-questionnaire à compléter en fonction de son état, les items sont répartis en deux sous-échelles :

- 7 items pour évaluer la dépression
- 7 items pour évaluer l'anxiété

Modalités de réponse et cotation :

Pour chaque item il existe quatre modalités de réponses codées de 0 à 3. Les items de dépression (2,4,6,8,10,12,14) et d'anxiété (1,3,5,7,9,11,13) sont alternés de plus, une alternance dans l'ordre des cotations (de 0 à 3 ou de 3 à 0) a été réalisée pour éviter le biais lié à leur répétition (items inversés).

Un score global est calculé en faisant la somme des réponses aux 14 items (varie de 0 à 42), ainsi que deux sous- échelles (varient de 0 à 21). Plus les scores sont élevés, plus la symptomatologie est sévère.

Selon Sigmond et Sniath (1983), les seuils pour les deux sous-scores permettant d'identifier les cas présentant les symptômes dépressifs ou anxieux, sont les suivants :

- De 0 à 7 : absence de troubles anxieux et de troubles dépressifs
- De 8 à 10 : troubles anxieux ou dépressifs suspectés.
- De 11 à 21 : troubles anxieux ou dépressifs avérés.

Selon Ibboston et al (1994), les seuils pour le score global sont :

- De 0 à 14 : pas de troubles anxio-dépressifs.
- De 15 à 42 : existence de troubles anxio-dépressifs.

Temps de passation :

Rapide et facile d'utilisation (2 à 6 minutes selon les études).

6- Déroulement de la recherche

6-1- La pré-enquête

La pré-enquête représente la première investigation et une étape indispensable dans la recherche qui a pour objectif la collection des informations nécessaires sur les caractéristiques de notre groupe de recherche ainsi que la thématique de recherche et qui permet la bonne maîtrise des outils d'investigation et l'enrichissement du guide d'entretien.

La pré-enquête « consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments questionnaire, analyses de documents- prévus pour l'enquête, si l'on a des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, on peut explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs ». (Grawitz, 2001)

La pré-enquête permet de tester des pistes, de se familiariser avec le terrain, de s'entraîner à questionner et à écouter, de construire progressivement le guide d'entretien et de le tester. Cette étape est à la fois essentielle pour construire la problématique de la recherche, élaborer les hypothèses, et choisir les méthodes les plus appropriées à l'objet de recherche. (Sauvayre, 2013, p. 48)

Pour réaliser notre mémoire de master qui porte sur « le vécu de la maladie chez les patients atteint du SGT ». Notre pré-enquête a commencé au mois de septembre 2021, on s'est mis à rechercher des références bibliographiques, que ça soit au sein de la bibliothèque de notre université, sur internet ou en sollicitant des enseignants de notre université et même des personnes hors pays, afin d'avoir un

certain bagage théorique qui va nous permettre d'élaborer notre question de recherche, et même nos chapitres théoriques.

En considérant le fait que la documentation sur notre thème qui est très limitée, nous soulignons la non-disponibilité des ouvrages concernant le SGT au sein des bibliothèques de notre université, donc nous avons sollicité l'aide de quelques enseignants qui nous ont fournis des documents qui nous ont été utiles dans notre recherche, à partir de ces documents nous avons pu contacter Professeur Julie Leclerc qui est psychologue chercheure au sein de l'université du Québec à Montréal et qui a beaucoup travaillé sur la problématique du SGT, elle nous a répondu et nous a envoyé une documentation riche . Ensuite, nous avons contacté l'AFSGT (Association Française du Syndrome de Gilles de la Tourette), une adhérente du comité de l'AFSGT qui s'appelle Annick Roussey a répondu favorablement à notre demande et nous a fournis pleins de documents sur le SGT. Nous avons contacté aussi l'AQST (Association Québécoise du Syndrome de la Tourette) l'association par sa coordinatrice des services cliniques Estelle Bussièrès a répondu par une documentation et des données nécessaires sur le SGT.

Après avoir collecté assez de documents sur notre thème, nous avons commencé à chercher des cas atteints du SGT à étudier dans notre recherche, qui était une étape très difficile vu la rareté de la maladie. Nous avons contacté et nous nous sommes déplacés chez plusieurs psychologues qui, certains parmi eux nous ont déconseillé de travailler sur le SGT à cause de sa complexité et le manque de données théoriques et de cas, et certains d'autres qui, malgré l'indisponibilité des cas chez eux, nous ont encouragé et orienté vers des neurologues, psychiatres et pédopsychiatres.

Ensuite, après avoir suivi les orientations qu'on a eu et après une longue recherche, nous avons trouvé quatre cas l'un après l'autre dans différents lieux, après avoir fixé des critères d'inclusion et d'exclusion, nous avons exclu l'un des cas trouvés puisqu'il ne répond pas à nos critères d'inclusion (il dépasse la tranche d'âge que nous avons fixé).

Donc après cela, nous avons fait un appel au sein de la communauté étudiante, dans le but de trouver d'autres cas. Après quelques jours, un étudiant et une étudiante ayant le SGT nous ont contactés pour participer à notre étude.

Après ce temps, nous avons pu vérifier la faisabilité de notre thématique, bien que très peu d'études ont porté sur celle-ci.

6-2- L'enquête

L'enquête consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews. (Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 132-133)

L'objectif de l'enquête est le recueil de données à partir d'un échantillon qui se compose d'un individu ou un groupe d'individu en s'appuyant sur des techniques de recherches soigneusement choisis, ce qui va nous permettre de répondre aux objectifs de notre recherche, et d'explorer des différentes dimensions.

Notre enquête s'est bien déroulée auprès des patients atteints du SGT au niveau de trois établissements différents, d'abord on a commencé par l'ancien hôpital d'Akbou, puis le cabinet de pédopsychiatrie de Docteur Bengouirah et pour terminer par l'université d'Abderrahmane Mira à Bejaia, en mois d'avril et mai.

Quand nous avons contacté les cas pour fixer des rendez-vous avec eux, nous n'avons pas pu joindre l'un des cas, après plusieurs tentatives, nous avons contacté son psychologue, pour que ce dernier nous informe que le cas s'est retiré pour des raisons personnelles. Donc nous nous sommes retrouvés avec seulement quatre cas.

Les patients se sont montrés coopératifs, et après avoir eu le consentement libre et éclairé des sujets concernés pour participer à la recherche, nous avons d'abord commencé par la passation de l'entretien semi-directif que nous avons élaboré sous forme d'un guide d'entretien avec les patients. On leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et anonyme et que c'est seulement dans le but de faire une recherche scientifique.

La passation s'est déroulée dans des lieux différents, dans les cabinets des médecins traitants des patients et dans des salles à l'université. La durée de l'entretien varie d'un sujet à un autre, avec une moyenne d'une trentaine de minutes.

Nous avons aussi eu recours à la traduction des outils puisque les sujets ont des difficultés de maîtrise de la langue française. Donc, les entretiens se sont déroulés en langue kabyle, mais par moment ils introduisaient quelques mots en arabe ou en français lorsqu'ils s'exprimaient.

Ensuite, nous avons procédé à la passation des deux outils psychométriques, en commençant par le questionnaire du PCE puis l'échelle de dépression et d'anxiété HADS, que nous avons bien choisi avec notre encadrante afin de mieux comprendre la nature du vécu de la maladie. La passation de ces deux outils s'est effectuée en notre présence. Nous leurs avons présenté les deux outils et leurs expliqué les items.

À la fin de chaque passation de l'entretien semi-directif et des échelles, nous avons remercié les sujets pour leur contribution à notre enquête et pour le temps qu'ils nous ont accordé afin de répondre à nos questions de recherche.

Après avoir décrit le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête, nous allons aborder dans ce qui suit, les difficultés rencontrées durant notre recherche.

7- Les difficultés rencontrées durant la recherche

Le chercheur dans tout travail scientifique, peut être confronté à certaines difficultés lors de la réalisation de sa recherche et qui peuvent être un obstacle empêchant au bon déroulement de son étude sur le terrain. Néanmoins, ces contraintes ne constituent pas des obstacles infranchissables mais peuvent bloquer la recherche, ce qui mène le chercheur à trouver des solutions adéquates afin de les dépasser.

Parmi les difficultés rencontrées pendant notre travail de recherche, on tient à citer :

- L'absence d'ouvrages traitant notre thème au niveau de la bibliothèque de l'université ;
- Le manque de documentation même au niveau national ;
- Le manque d'études antérieures ;

- Certains cas trouvaient le test du Profil des compétences émotionnelles trop long (50 items) ;
- La difficulté de la traduction de certaines expressions des tests ;
- La difficulté d'accès au terrain ;
- La rareté des cas du SGT ;
- La période consacrée à la recherche qui a été très insuffisante pour effectuer un bon travail.

Synthèse

Nous avons consacré ce chapitre à la méthodologie qui joue un rôle principal dans notre recherche qui porte sur « le vécu de la maladie chez les patients atteints du SGT », elle nous a permis d'assurer une organisation de notre travail d'investigation, connaître et comprendre la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique. Mais, aussi apprendre l'utilisation des techniques de l'entretien clinique de recherche, l'échelle d'anxiété et de dépression HADS et le Profil des Compétences Émotionnelles PCE, afin de recueillir des informations sur le sujet traité.

Le quatrième chapitre sera consacré à présenter et analyser les résultats de la recherche puis discuter les hypothèses.

Chapitre 04
Présentation, analyse des
résultats et discussion des
hypothèses

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous allons procéder à la présentation et l'analyse des données obtenues par les cas participants à notre recherche, à partir des différents outils de recherche que nous avons utilisé à savoir : l'entretien, l'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles (PCE), L'échelle de Dépression et de l'Anxiété (HADS), Ces outils vont nous permettre de confirmer ou d'infirmer les hypothèses que nous avons formulé dans la problématique.

En premier lieu, nous allons présenter une analyse détaillée des quatre cas, puis nous présenterons et analyserons les résultats du guide d'entretien, tout en gardant les intitulés des axes et en mettant à l'intérieur le récit du patient. Il est à noter également, que certains cas se sont exprimés avec leur langue maternelle, à savoir le kabyle, nous allons donc, présenter d'abord leurs discours dans leur langue maternelle, après nous allons apporter une traduction en langue française de leur discours. Ensuite, nous allons passer à la présentation de chaque sous-échelle du PCE et leurs résultats. Puis, nous procéderons à la présentation des résultats obtenus par les patients à l'échelle du HADS. Enfin, nous allons présenter des synthèses de chaque cas.

En deuxième lieu, nous allons discuter les résultats que nous avons obtenus, par rapport à nos hypothèses, soit en les confirmant ou en les infirmant, et on finira avec une synthèse.

1- Présentation et analyse des résultats des 4 cas

1-1- Cas N°1 : Aymen

1-1-1- Analyse de l'entretien clinique

Notre entretien avec Aymen s'est déroulé le 13 Avril 2022 à 9h30 au sein d'un cabinet privé de psychiatrie et pédopsychiatrie, en présence de son père. Son entretien a duré une heure et dix minutes. Durant l'entretien, le père et son fils se sont montrés très coopératifs et nous ont fournis toutes les informations demandées.

- **Les données personnelles**

Aymen est un jeune de 19 ans, célibataire, qui a arrêté ses études en première année moyen, il est actuellement en stage pratique pour l'obtention d'un diplôme comme pâtissier. Aymen est l'aîné d'une fratrie de deux, sa maman est femme au foyer, son père est un chauffeur retraité et travaille actuellement en maçonnerie.

- **Axe 01 : Informations sur la maladie**

Aymen est né en bonne santé, il ne présentait aucune maladie organique, comme nous a dit son père, mais vers ses six ans, il a eu une bronchite qui lui a causé une hospitalisation, juste après cet événement Aymen parlait beaucoup et avait des vibrations dans son corps, « *après le choc nni n la bronchite nni, le choc nni yewthith ar ouqarouy, iheder kan n'importe quoi, uyezmir ara adisousem, is3a la vibration* » (Après le choc de sa bronchite, ça l'a choqué au point où il parlait beaucoup et disait n'importe quoi, il ne pouvait pas arrêté de parler et il avait une vibration), ce qui a inquiété ses parents, ils l'ont emmené voir un psychologue, mais après environ six séances, il n'y avait toujours pas de changements selon son père « *Uzlegh akeni chwiya felas, wighth gh yiwen n le psychologue, suivighth akeni 6 n les séances ar ghores mais après twaligh ya3ni ulach akk un résultat zyes donc havseghth* », (J'ai cherché à le soigner, je l'ai emmené chez un psychologue et je l'ai suivi pendant environ six séances mais après je ne voyais pas un résultat donc j'ai arrêté ces consultations). Puis il lui a changé de psychologue et ils l'ont orienté vers une pédopsychiatre à Blida, plus tard en cherchant l'adresse du pédopsychiatre de cette dernière, un ami à lui, l'a informé sur une pédopsychiatre ici à Bejaia, alors il a préféré l'emmener ici vu la distance. Donc depuis il est pris en charge par cette pédopsychiatre jusqu'à ce jour-là à savoir une durée de cinq ans.

Selon le père de Aymen, les premiers symptômes qui se sont manifestés en lui étaient des tics vocaux complexes et des tics moteurs simples qui se traduisent par une forme de coprolalie et c'était à l'âge de huit ans, selon lui il disait n'importe quoi, et répétait des mots vulgaires, et il pensait que c'était seulement un apprentissage dû à l'influence de son entourage, mais les manifestations persistaient encore plus, malgré ses plusieurs tentatives de les faire diminuer. Ces symptômes lui ont causé

des difficultés dans son entourage et surtout dans sa scolarisation où il a vécu des incidents avec ses enseignants qui ont provoqué un arrêt définitif de ses études.

En parlant sur sa maladie, Aymen nous a informé qu'il ne supporte pas quand quelqu'un l'agace, puisque cela provoque l'apparition de ses tics d'une manière intense « *Thibighara asema ayiqeleq yiwen, ma i3eyted hed felli, imareni ikhedmegh les gestes ayi ikel* », (je n'aime pas quand quelqu'un m'embête, quand quelqu'un lève sa voix sur moi, puisqu'en ce moment-là mes tics apparaissent).

Pour Aymen et ses parents, le plus difficile était l'ignorance de la nature de cette maladie, de même pour leur entourage qui ne cessait pas de faire des remarques sur les tics de leur fils.

Aymen n'a jamais été hospitalisé à cause de sa maladie, sans aucune complication, il suit un traitement depuis cinq ans qui est : *Respinox 2mg*, une fois par jour ; *Laroxyl goutte 4%* une fois par jour et enfin *Kietyl 6mg*, deux fois par jour ¼ pour une dose. Il nous a révélé que les médicaments ont un effet sur lui, puisque quand il oublie de prendre les doses prescrites, il trouve des difficultés pour dormir, cette inobservance s'est répétée à plusieurs reprises, comme une fois il lui arrivé de ne pas prendre ses médicaments juste pour le mariage de sa cousine, et il n'a pas dormi pendant deux jours d'affilés. Même son père a mentionné que quand il oublie ses médicaments, il le trouve éveillé et pour cela il est très attentif aux moments de prise de médicament de son fils.

- **Axe 02 : Informations sur la maladie et la famille**

Aymen a de très bonnes relations avec sa famille et même avec sa grande famille, il s'entend avec tout le monde sauf avec sa tante paternelle qui, selon lui, l'embête toujours et ne le laisse pas tranquille. Dans sa famille, il est le premier à manifester des symptômes du SGT or que le grand père de Aymen selon les paroles de son père manifestait des crises de nerfs et des expressions spontanées ainsi que des sons et des cris soudains mais il n'y avait pas un diagnostic établi car non seulement il vivait à l'étranger mais pour eux c'était seulement son tempérament « *Akken kan iyemug, yu3er, tayi id tvi3as* », (il est fait ainsi, c'est seulement sa nature).

Les membres de sa famille ont réagi d'une manière positive et normale, ils étaient compréhensifs et ils l'ont soutenu, surtout son père qui est toujours là pour lui, il veille même à lui donner ses médicaments à temps.

- **Axe 03 : informations sur la maladie et l'entourage**

Malgré sa maladie, Aymen ne se sent pas différent des autres jeunes de son âge ou des personnes de son entourage, il trouve un certain plaisir à passer du temps avec eux et s'intègre à eux sans difficultés. Les premiers temps de l'apparition de sa maladie, vu la non compréhension de la nature de celle-ci, son entourage était un peu dur avec lui et sa famille mais avec les explications du père sur la maladie de son fils, ses proches sont devenus très solidaires, alors que dans le milieu professionnel, il a trouvé énormément de difficultés afin de s'intégrer et d'acquérir un savoir pratique pour l'obtention d'un diplôme de pâtissier, les difficultés se résumaient à des disputes et des conflits avec les travailleurs, malgré les interventions répétitives du patron pour leur expliquer la situation de Aymen, mais les travailleurs ne voulaient pas renoncer, ce qui la conduit à changer de lieu de travail deux fois de suite afin de chercher une stabilité dans sa profession.

- **Axe 04 : L'anxiété**

Aymen s'est adapté à la présence de sa maladie et s'est situé d'une façon ordinaire surtout qu'après que le traitement ait réussi à diminuer les manifestations de ses tics qui maintenant persistent d'une manière légère. La perception de sa maladie et sa détermination l'ont mené à des formes d'autocontrôle sur les sentiments de peur et d'inquiétude qui peuvent traverser son esprit, la présence de sa maladie ne représente guère un handicap ou un obstacle, il apprend à s'adapter avec les situations qu'il traverse.

Au fil de l'entretien, Aymen a révélé qu'il est nerveux, « *ih tnirvayagh tiswi3in ma ayiqeleq yiwen, tnirvigh et t3ayitegh, utcontroligh ara imaniw, ayen ufigh zzathi athewthagh, khebtagh iplakaren nagh tiwura, regmagh* », (oui, je m'énerve des fois quand une personne m'agace, Je me contrôle pas du tout, si je trouve un objet devant moi, je le frappe, que ce soit des placards, portes et autres, j'insulte). Il a

évoqué un incident qui s'est passé au sein de son lieu de travail où son superviseur l'a dévalorisé, à un moment donné il s'est retrouvé dans une situation où il était en train de crier et de jeter des trucs partout.

Il a dit qu'il éprouve un certain degré de confiance en soi et un optimisme sur son avenir, mais se sent anxieux des fois à cause de sa grande envie d'avoir un travail fixe et des fois à propos des situations délicates et de conflits qu'ils traversent avec certains membres de la famille ou de son entourage et voisins, ce qui le perturbe et l'angoisse d'où la prise par Aymen d'un traitement anxiolytique prescrit par son médecin pour sa maladie (*Kietyl 6mg* deux fois par jour).

- **Axe 5 : La Dépression**

Quand il était petit, Aymen n'a pas compris la nature de sa maladie, il n'a pas évoqué une réaction précise, contrairement à son père qui a cherché à comprendre quelle est cette maladie qui a touché son fils, il a dit que c'était difficile mais les explications de la pédopsychiatre ainsi que la prise en charge consacrée à son fils lui ont permis de comprendre encore mieux et de s'adapter avec celle-ci au fur et à mesure afin d'aider son fils et de lui faire comprendre les différents aspects et manifestations à l'aide de son médecin traitant. Pour sa famille c'était un grand défi, car pour eux ils étaient sous l'influence de la société et des personnes de son entourage (par rapport aux mots vulgaires qu'il répétait), son père nous a dit :

« *vraiment lligh katheghth fijala n lhedra nni idiqar, u3limegh ara belli d lahlak iyahlek, harmeghth même g thoufgha bach ouyhafet ara lahdour ayi* », (avant je le frappais vraiment à cause des gros mots qu'il disait, je savais pas qu'il est malade, je lui interdisais même de sortir pour qu'il n'apprenne pas ce genre de mots).

Aymen nous a confirmé son envie d'arrêter son traitement puisqu'il sent que ça le fatigue beaucoup, mais son père l'empêche et l'encourage toujours à suivre son traitement, d'ailleurs c'est lui qui prépare ses médicaments chaque jour, « *lh, plusieurs fois vghigh adhavsegh ikel dwa ayi, tesefchaliyi g la journée* », (oui, j'ai pensé plusieurs fois à arrêter ce traitement, il me fatigue pendant la journée).

Aymen nous a dit qu'il se sentait fatigué des fois, mais il n'a pas tendance à s'isoler et aime rester avec son meilleur ami. Malgré ses crises de nerfs, il arrive à avoir de bonnes relations sociales.

Aymen ne pratique pas de sport actuellement mais il a déjà fait de l'athlétisme, le basket, le karaté et la piscine mais n'arrivait pas à se consacrer pour un seul sport pour de multiples raisons entre autres son désir de changement, son père lui a acheté un vélo et pour lui il a trouvé sa passion en sortant faire des tours et des balades avec ses amis en vélo partout dans la ville de Bejaia.

Concernant son appétit, il n'éprouve aucun problème et il mange régulièrement sans difficultés.

Aymen nous a déclaré qu'il se sent des fois, moins chanceux dans la vie à cause de sa maladie, « *Tiswi3in thousough aka ih* », (des fois je me sens ainsi oui).

Pour sa vision du futur, Aymen espère qu'après l'obtention de son diplôme il aura un travail fixe avec assurance afin d'être stable et acquérir de l'expérience, son père lui a trouvé un moyen de prolonger la durée de son stage pour encore 6 mois afin de mieux mettre en œuvre ses capacités et avoir un apprentissage encore plus solide. Selon lui cette profession n'est pas un problème « *sen3a ayi utekhdimegh ara d aghbel, zemreghas et sneghas mlih* », (Cette profession n'est pas un souci pour moi, je suis capable et je le maîtrise bien).

• Axe 06 : TOC

Aymen nous a dit qu'il a des rituels de lavage depuis que le covid 19 a commencé, il se lave toujours et prend des douches, or qu'avant il ne présentait ces rituels que rarement, il ne montrait pas des habitudes de vérification et il s'occupait seulement de ce qu'il a à faire sans se soucier de la porte ou d'autres choses.

• Axe 07 : TDAH

Aymen nous a confirmé qu'il ne peut pas maintenir une position (que ce soit assis ou debout) pour une durée précise, juste quand il est occupé par le téléphone

ou par une tâche précise, d'ailleurs il dit qu'il peut finir ses tâches, écouter un discours et se concentrer jusqu'à la fin. Mais il a dû mal à organiser des travaux ou des activités à cause de son état anxieux, il a mentionné aussi qu'il a des oublis fréquents dans sa vie quotidienne.

1-1-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Aymen

À partir des informations et des données qu'Aymen nous a apportées durant cet entretien, nous avons constaté qu'il présente des épisodes explosifs qui se traduisent par une colère intense et une agitation, ainsi que de l'anxiété qui est bien démontrée par ses gestes. De plus, son discours témoigne de la présence de difficultés émotionnelles vis-à-vis ses relations sociales et une spécificité des troubles du sommeil qui se caractérisent par une insomnie.

1-1-3- Présentation et analyse des résultats de Aymen à l'échelle du PCE

Tableau 09 :

Résultats de Aymen obtenus à l'échelle du PCE

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	14	58	62
Identification des émotions d'autrui	14		
Compréhension de mes émotions	11		
Compréhension des émotions d'autrui	17		
Expression de mes émotions	14		
Écoute des émotions d'autrui	13		
Régulation de mes émotions	09		
Régulation des émotions d'autrui	08		

Utilisation de mes émotions	10		
Utilisation des émotions d'autrui	10		

Analyse des résultats

Dans le tableau ci-dessus, le score de chaque sous-échelle a été calculé afin d'arriver à un résultat général des sous-scores des CE intrapersonnelles et des CE interpersonnelles.

Aymen a obtenu un sous-score de 58 dans les CE intrapersonnelles, qui résulte des réponses sur les cinq sous-échelles qui concerne ses propres émotions, et il a obtenu un sous-score de 62 dans les CE interpersonnelles des autres cinq sous-échelles concernant les émotions d'autrui (des personnes de son entourage).

Nous constatons que le score obtenu par Aymen dans les CE interpersonnelles est plus élevé que celui qu'il a obtenu dans les CE intrapersonnelles.

A partir de ces résultats, nous constatons que les compétences émotionnelles de Aymen sont faibles et il présente des perturbations émotionnelles.

1-1-4- Présentations et analyse des résultats de Aymen à l'échelle de HADS

Présentation des résultats

a. Anxiété :

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais ; de temps en temps ; souvent et la plupart du temps. Aymen a répondu qu'il est souvent énervé.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout ; un peu mais cela ne m'inquiète pas ; oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Aymen a répondu que oui, très nettement il éprouve des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible va lui arriver.

Pour le 3^{ème} item « je ne fais pas de souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement ; occasionnellement ; assez souvent et très souvent. Aymen a répondu qu'il se fait du souci assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive ; oui, en général ; rarement et jamais. Aymen a répondu que ça ne lui n'arrive jamais de rester tranquille sans rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; assez souvent et très souvent, Aymen a répondu, que cela lui arrive parfois.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend pas du tout ; pas tellement ; un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Aymen a répondu que c'est tout à fait le cas, il n'arrive pas à tenir une place.

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais ; pas très souvent ; assez souvent et vraiment très souvent. Aymen a répondu, qu'il n'a pas très souvent des sensations soudaines de panique.

b. Dépression :

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant ; pas autant ; un peu seulement et presque plus. Aymen a répondu « pas autant ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé ; plus autant qu'avant ; vraiment moins qu'avant et plus du tout. Aymen a répondu « autant que par le passé ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps ; assez souvent ; rarement et jamais. Aymen a répondu qu'il est assez souvent en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; très souvent et presque toujours. Aymen a répondu qu'il est ralenti parfois.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé ; il se peut que je n'y fasse plus autant attention ; je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Aymen a répondu qu'il y prête autant d'attention à son apparence que par le passé.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant ; un peu moins qu'avant ; bien moins qu'avant et presque jamais. Aymen a répondu qu'il se réjouit d'avance, autant qu'avant, à l'idée de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent ; parfois ; rarement et très rarement. Aymen a répondu qu'il prend plaisir parfois à regarder la télévision.

Analyse des résultats

Après la cotation des items de l'échelle anxio-dépressive, Aymen a eu un score global de 19 points qui correspond à une existence de troubles anxio-dépressifs. Il a eu 15 points dans la sous-échelle de l'anxiété qui correspond à des troubles anxieux avérés, et un score de 04 points dans la sous-échelle de la dépression qui correspond à une absence des troubles dépressifs comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Aymen souffre d'une anxiété avérée. Il se sent presque toujours inquiet sur son avenir et il présente une nervosité soudaine et incontrôlée. Par contre, ce qui est positif c'est qu'il ne présente pas de troubles dépressifs.

Synthèse du cas

D'après l'analyse de l'entretien que nous avons fait avec Aymen, et à partir des résultats obtenus des échelles du PCE et du HADS, nous avons constaté que le SGT a persisté en lui sous plusieurs formes, les manifestations des tics vocaux complexes et des tics moteurs simples, ont fait de lui une personne agitée, d'ailleurs, il présente

des épisodes explosifs qui se traduisent par une colère intense. Une anxiété est avérée, comme nous remarquons l'absence de la dépression chez lui, ce qui est confirmé avec l'échelle du HADS. De plus, la présence de difficultés émotionnelles envers son entourage professionnel, et ses relations sociales. Ainsi nous notons qu'il a des troubles du sommeil qui se caractérisent par une insomnie quand il oublie de prendre ses médicaments.

Concernant ses tics, nous tenons à mentionner que pendant l'entretien, Aymen n'a fait qu'un léger secouement de la tête.

1-2- Cas n° 02 : Anis

1-2-1- Analyse de l'entretien clinique

Notre entretien avec Anis s'est déroulé le 18 Avril 2022 à 10h dans le bureau d'une psychiatre au niveau d'une polyclinique. Son entretien a duré vingt-sept minutes où il était un peu réservé et ses réponses étaient limitées, d'ailleurs pendant l'entretien, Anis ne faisait que regarder au sol en évitant tout contact oculaire avec nous.

- **Les données personnelles**

Anis est un jeune homme de 21 ans, célibataire, il est en Licence 3, c'est le deuxième d'une fratrie de quatre, son père est malade ce qui fait qu'il ne travaille pas, sa maman est femme au foyer.

Selon sa psychiatre, Anis avait des tics moteurs complexes, après l'avoir suivi (sans traitement médicamenteux), petit à petit ses tics se ont diminué jusqu'à disparition.

- **Axe 01 : Informations sur la maladie**

Anis est né en bonne santé, il ne présentait aucune maladie organique, jusqu'à l'âge de 13 ans où il a consulté un psychologue parce qu'il se sentait toujours anxieux, et selon lui il avait des troubles psychologiques tels que les hallucinations et

les délires, pour cela il a été orienté vers une psychiatre qui l'a pris en charge jusqu'à ce jour-là. Anis nous a confié qu'il est très reconnaissant envers sa psychiatre qui l'a beaucoup aidé. « *Hkighas belli s3igh des voix g oqarouyiw qarentiyid khdem akagi et tout, après thetef akeni quelques mois bach thoufad belli s3igh des troubles schizophréniques* », (Je lui ai raconté que j'avais des voix dans ma tête qui me dictaient ce que je devais faire, puis elle a pris quelques mois pour savoir que j'ai des troubles schizophréniques). Puis il nous a révélé que les conditions de vie de sa famille étaient parmi les facteurs déclenchants de son état actuel, « *thella thet3awaniyi bien mais après tellement la vie à l'époque thella difficile chwiya, akham nnegh yezgad g thlemasth n lghava donc yu3er chwiya tu vois ! alors thoufad belli ouzmiregh ara ad qimegh aken thefkayid un traitement Lanzaprex lligh tesagh 5mg tura tessagh 10mg* », (elle m'aidait bien mais tellement la vie était un peu difficile à l'époque, notre maison se situait au milieu de la forêt, donc c'est difficile, vous voyez ! alors elle pensait que je ne pouvais pas rester ainsi puis elle m'a donné un traitement qui est *Lanzaprex*, avant je prenais 5mg et maintenant j'en prends 10mg).

Anis a déclaré que le plus difficile pour lui c'était toutes les complications qui accompagnaient sa maladie y compris la colère, la tristesse, les hallucinations et les voix qu'il entendait dans sa tête, et pour lui la raison principale qui a provoqué son état actuel était un traumatisme qu'il a vécu pendant son enfance et des événements durs pour lui. Afin de mieux comprendre, nous avons demandé à Anis de nous faire part de son histoire, il a dit : « *zik aseme lligh damechtuh medden llan violents avec moi* », (à l'époque quand j'étais petit les gens étaient violents avec moi). Après un petit moment de silence, il a continué : « *par exemple, j'avais un grand frère qui était un peu nerveux et était agressif et violent avec moi, il me frappait toujours* ». À partir de son discours, on comprend qu'Anis a été traumatisé par des événements agressifs qu'il a vécus. Il a cité aussi qu'il n'a jamais été hospitalisé à cause de sa maladie.

- **Axe 02 : Informations sur la maladie et la famille**

Anis nous a dit qu'à part son grand frère, il a de bonnes relations avec les autres membres de sa famille, « *puisque imawlaniw isnin nsen halken, donc j'essaie de les aidé akagi t3awaneghthen j'essaie de me comporter bien didsen, malgré tout*

ce sont des bonnes personnes », (puisque mes parents sont malades tous les deux, alors j'essaie de les aider et de me comporter bien avec eux, malgré tout ce sont des bonnes personnes).

Pour la personne la plus proche de lui, Anis a parlé de sa tante maternelle : « *d khalti, d nettath iyi3awnen, lukan machi d nettath ... même g la fac mti sehqegh idrimen d nettath iyit3awanen financièrement mti uhwajegh ad imprimigh aka quelques choses c'est comme une deuxième mère pour moi* », (C'est ma tante, c'est elle qui m'a aidé, si ce n'était pas elle ... même à la fac si j'ai besoin d'argent c'est elle qui m'aide financièrement quand j'ai besoin d'imprimer quelque chose, c'est comme une deuxième mère pour moi).

Anis est le seul qui est atteint du SGT dans sa famille, et la réaction de cette dernière était bizarre au début, car ils ne comprenaient pas la nature de cette maladie, mais au fil du temps ils se sont adaptés à son état, et même lui il se rétablit de mieux en mieux de ses tics.

- **Axe 03 : informations sur la maladie et l'entourage**

En parlant sur la réaction de son entourage par rapport à sa maladie, Anis nous a dit que quand il a ses tics il préfère s'isoler, ce qui fait de lui une personne pas très sociable, « *utkhaladegh ara l3ibad s watas, chwiya chwiya kan, g la fac s3igh aka des amis bien mais sihin sihin kan* », (je ne suis pas très sociable, à la fac j'ai des amis mais de loin).

Anis a évoqué qu'il se sent différent des autres, et selon lui c'est sa maladie qui lui fait sentir cela.

- **Axe 04 : L'anxiété**

Anis nous a dit qu'il vivait difficilement sa maladie, ce qui l'a déjà mené à des tentatives de suicide, et une automutilation durant l'âge de 16, 17 et 18 ans. « *Je me faisais mal, ar tura setegh ifasen iw, uzmiiregh ara adhavsegh, c'est incontrôlable, parfois d lqelqa parfois d les traumatismes nni n zik, thoughaliyi c'est une attitude kan* », (Je me faisais mal, jusqu'à présent je mords mes mains, je ne peux pas

arrêter, c'est incontrôlable, parfois c'est de l'anxiété, parfois c'est dû aux traumatismes du passé, c'est devenu une attitude).

Anis nous a informé qu'il est inquiet et a des sensations de peur par rapport à la présence de sa maladie, qui se résumait par des périodes où parfois il allait bien et d'autres fois non, or qu'actuellement il se sent un peu mieux par rapport au passé, en effet, il a peur d'une rechute, parce qu'il veut se concentrer encore mieux sur ses études et essayer d'aider ses parents malades.

En évoquant la confiance en soi, Anis a répondu qu'il n'a pas vraiment confiance en lui-même puisqu'il n'arrive pas à s'intégrer au sein de la société, « *g la fac par exemple tsiyigh atidla3begh bien akkith akagi social madeqimegh d medden mais au fond de moi uzmieregh ara* », (à la fac par exemple, j'essaie de faire semblant que je suis sociable quand je suis avec les gens, mais au fond de moi je ne peux pas).

Anis nous a dit qu'il est toujours anxieux, ce qui affecte son sommeil et lui cause une insomnie, surtout quand il ne prend pas son médicament.

Anis ne prend aucun traitement anxiolytique, à part le traitement qu'il prend pour ses hallucinations.

- **Axe 5 : La Dépression**

Dans cet axe, nous avons commencé par évoquer la réaction d'Anis face au diagnostic où il nous a révélé que c'était un peu difficile et qu'il n'a pas pu accepter sa maladie au début, mais au fil du temps il s'est adapté à sa présence, où dit « ... *après je me suis dit que tout est vain* ». Après cette atteinte, Anis nous a confirmé que tout a changé dans sa vie « *qareniyid belli lligh un bon vivant, toura khesregh akkith* », (on me dit que j'étais un bon vivant, maintenant je me suis perdu), et cela le rend triste. Il pense de temps en temps à arrêter son traitement parce qu'il a peur pour sa santé physique « *oui, parce que tougadegh f les médicaments agi, imagines de 14 ans jusqu'à 21 ans ça peut provoquer quelque chose* », (oui, parce que j'ai peur de ces médicaments, imagines de 14 ans jusqu'à 21 ans, ça peut provoquer quelque chose), puis il ajoute « *thenayid la psychiatre ynou belli zemregh adhavsegh à 25 ans, mais je pense pas que c'est la bonne décision adhavsegh parce que dwa*

agi loukan athavsegh ouganegh ara degidh », (ma psychiatre m'a dit que je peux l'arrêter à 25 ans, mais je ne pense pas que c'est la bonne décision d'arrêter parce que si j'arrête de prendre ce médicament je ne dors pas la nuit).

Anis se sent fatigué moralement, mais il se trouve toujours des activités pour tout oublier et se distraire en regardant des films des superhéros, et en faisant du sport dans la nature puisqu'il a tendance à s'isoler et rester seul. Il a indiqué qu'il a des crises de nerfs et parfois un manque d'appétit.

Anis nous a dit qu'il pense que tout ça lui arrive parce qu'il est malchanceux dans la vie, mais en parlant de sa vision de son avenir, il a mentionné qu'il espère devenir enseignant de la langue allemande après avoir fini ses études.

- **Axe 06 : TOC**

En ce qui concerne les obsessions, Anis nous a dit qu'il ne présentait pas des rituels de lavage mais il a cité qu'il avait l'habitude de vérifier la porte « *oui, surtout la porte, parce que madiligh g la résidence tqaliqegh parce que oukreniyi déjà a portable, donc toujours tvirifyigh tagourth trois quatre fois, même mti lligh gekham mais machi kifkif am la résidence tqaliqegh d la3jev* », (oui, surtout la porte, puisque quand je suis à la résidence, je suis tout le temps anxieux parce qu'on m'a déjà volé un téléphone portable, donc je vérifie la porte trois à quatre fois, quand je suis chez moi aussi mais pas autant), ces rituels de vérification se sont manifestés en lui depuis son adolescence et il a dit qu'il a des voix dans sa tête qui le poussent à les pratiquer et ça persiste surtout quand il allait dormir.

Pour la dernière question dans cet axe, Anis a mentionné qu'il se sent toujours épuisé physiquement mais qu'il fait de son mieux pour se remotiver et se remonter le moral.

- **Axe 07 : TDAH**

Anis nous a dit qu'il ne peut pas tenir une seule position et il bouge beaucoup, d'ailleurs il essaie toujours de terminer ses tâches rapidement. En ce qui concerne sa concentration, il l'a mesuré comme faible, surtout quand il est anxieux.

Anis arrive à écouter un discours jusqu'à sa fin, par contre il évite d'entrer dans une conversation ou organiser des travaux ou des activités. Il présente aussi des oublis fréquents dans sa vie quotidienne.

1-2-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Anis

D'après les informations qu'Anis nous a fournis dans cet entretien, nous pouvons constater qu'il présente des troubles anxieux et dépressifs, des crises de nerfs passagères, une tristesse et une fatigue physique et morale. Les symptômes de sa maladie le poussent à s'isoler et à éviter tout contact avec la société, ce qui est bien démontré dans sa posture et son évitement du contact oculaire avec nous pendant l'entretien.

Nous remarquons qu'Anis a ignoré complètement son SGT pendant l'entretien, et il a évité de parler sur ses tics, comme s'il a un déni envers sa maladie.

Malgré tout, Anis espère réussir son parcours d'études puis professionnel pour vivre comme il le souhaite et pouvoir aider ses parents.

1-2-3- Présentation et analyse des résultats de Anis à l'échelle du PCE

Tableau 10 :

Résultats de Anis obtenus à l'échelle du PCE

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	16	60	62
Identification des émotions d'autrui	11		
Compréhension de mes émotions	11		
Compréhension des émotions d'autrui	13		
Expression de mes émotions	08		
Écoute des	10		

émotions d'autrui			
Régulation de mes émotions	06		
Régulation des émotions d'autrui	16		
Utilisation de mes émotions	19		
Utilisation des émotions d'autrui	12		

Analyse des résultats

Dans le tableau ci-dessus, le score de chaque sous-échelle a été calculé afin d'arriver à un résultat général des sous-scores des CE intrapersonnelles et des CE interpersonnelles.

Aymen a obtenu un sous-score de 60 dans les CE intrapersonnelles, qui résulte des réponses sur les cinq sous-échelles qui concerne ses propres émotions, et il a obtenu un sous-score de 62 dans les CE interpersonnelles des autres cinq sous-échelles concernant les émotions d'autrui.

Nous constatons que le score obtenu par Anis dans les CE interpersonnelles est plus élevé que celui qu'il a obtenu dans les CE intrapersonnelles.

A partir de ces résultats, on peut dire que les compétences émotionnelles de Anis sont faibles et il présente une forme de perturbations émotionnelles.

1-2-4- Présentations et analyse des résultats de Anis à l'échelle de HADS

Présentation des résultats

a. Anxiété :

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais ; de temps en temps ; souvent et la plupart du temps. Anis a répondu sans hésitation qu'il est souvent énervé.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout ;

un peu mais cela ne m'inquiète pas ; oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Anis a répondu que oui, très nettement il éprouve des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible va lui arriver.

Pour le 3^{ème} item « je ne fais pas de souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement ; occasionnellement ; assez souvent et très souvent. Anis a répondu qu'il ne se fait du souci qu'occasionnellement.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive ; oui, en général ; rarement et jamais. Anis a répondu que ça ne lui arrive jamais de se sentir décontracté en restant tranquille sans rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; assez souvent et très souvent, Anis a répondu « un peu ».

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend pas du tout ; pas tellement ; un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Anis a répondu qu'il n'arrive pas à tenir une place un peu.

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais ; pas très souvent ; assez souvent et vraiment très souvent. Anis a répondu, qu'il éprouve vraiment très souvent des sensations soudaines de panique.

b. Dépression :

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant ; pas autant ; un peu seulement et presque plus. Anis a répondu qu'il ne prend plaisir presque plus aux mêmes choses qu'autrefois.

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé ; plus autant qu'avant ; vraiment moins qu'avant et plus du tout. Anis a répondu « Plus autant qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps ; assez souvent ; rarement et jamais. Anis a répondu qu'il est rarement en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; très souvent et presque toujours. Anis a répondu qu'il a l'impression de fonctionner au ralenti parfois.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé ; il se peut que je n'y fasse plus autant attention ; je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Anis a répondu qu'il n'y accorde pas autant d'attention qu'il devrait.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant ; un peu moins qu'avant ; bien moins qu'avant et presque jamais. Anis a répondu « Bien moins qu'avant ».

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent ; parfois ; rarement et très rarement. Anis a répondu qu'il prend plaisir souvent à un bon livre ou à une bonne émission télévision.

Analyse des résultats :

Après la cotation des items de l'échelle anxio-dépressive, Anis a eu un score global de 27 points qui correspond à une existence de troubles anxio-dépressifs. Il a eu un score de 16 points dans la sous-échelle de l'anxiété qui correspond à des troubles anxieux avérés, et un score de 11 points dans la sous-échelle de la dépression qui correspond à des troubles dépressifs avérés comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Anis souffre d'une anxiété avérée. Il se sent presque toujours anxieux et inquiet. Par ailleurs, il est incapable de rester assis à ne rien faire.

Il souffre aussi d'une dépression avérée, puisqu'il est rarement en bonne humeur, il présente une perte totale de plaisir par rapport aux choses qu'il aimait faire quand il était petit.

Synthèse du cas

Les résultats obtenus par l'analyse de l'entretien et de l'échelle de PCE et l'échelle de HADS, nous ont permis de constater qu'Anis a une anxiété et une dépression avérée, révélant son état psychologique qui est causé par des traumatismes qu'il a déjà vécus. Cet état se manifeste par un dégoût, des peurs, des pleurs, un manque de sommeil, une tristesse ainsi que de la fatigue morale et physique, comme il a tendance à l'isolement.

Concernant ses tics, à part jouer avec ses doigts, nous n'avons remarqué aucun autre tic chez lui. Ce qui fait que Anis a réussi à se contrôler après l'aide de sa psychiatre.

1-3- Cas n° 03 : Maya

1-3-1- Analyse de l'entretien clinique

Notre entretien avec Maya s'est déroulé le 19 avril 2022 à 10h dans une salle au sein de l'université de Bejaïa. Son entretien a duré vingt-huit minutes où elle était coopérative avec nous, et nous a fourni toutes les informations demandées.

- **Les données personnelles**

Maya est une jeune femme de 26 ans, célibataire, qui est en Master 2. Elle est la troisième d'une fratrie de quatre, son père est décédé, sa mère travaille dans une crèche.

- **Axe 01 : Informations sur la maladie**

Maya est née en bonne santé, et ne présentait aucune maladie organique. Les premières manifestations de son SGT sont apparues à l'âge de 4 ans, après avoir vécu un événement traumatisant à l'âge de 3 ans, qui était un accident de voiture où son père était décédé, ce qui lui a causé en premier un mutisme pendant quelques mois, suivis de tics moteurs simples et complexes, par exemple : cligner les yeux et

grimacer. Puis sa maladie s'est développée encore plus vers des tics vocaux simples et complexes, par exemple : racler la gorge, renifler, répéter un slogan et des mots entendus.

Maya nous a dit que sa mère l'a emmené chez un psychologue, afin de savoir l'origine de ces manifestations, puis elle a suivi une prise en charge thérapeutique pour réduire ses tics. Malgré tous les efforts, ses tics ont diminué seulement pour une période avant de réapparaître encore d'une manière intense, puisque, selon Maya, elle n'a pas pu accepter le décès de son père.

En abordant les complications de son atteinte, Maya nous a dit que son SGT est accompagné d'un manque de concentration, d'une anxiété, de peur, d'isolement et une insomnie, et pour elle le plus difficile c'était surtout le manque de confiance en soi qu'elle a, mais elle n'a jamais été hospitalisée à cause de sa maladie, ni était sous traitement médicamenteux, et cela au début, parce que sa mère ne voulait pas qu'elle en prenne, plus tard c'est Maya elle-même qui n'a pas aimé prendre des médicaments.

- **Axe 02 : Informations sur la maladie et la famille**

Maya nous a dit qu'elle a de bonnes relations avec les membres de sa famille et s'entend bien avec eux, en particulier sa maman, « *temsefhamegh bien didsen akk surtout yemma d netath akk iydifahmen et c'est la seule is3igh confiance zyes* », (Je m'entends bien avec eux, surtout ma mère, c'est elle qui me comprend le plus, c'est la seule en qui j'ai confiance).

Concernant les antécédents familiaux, Maya était la seule qui est atteinte du SGT.

En parlant sur la réaction de sa famille face au diagnostic, Maya a dit que sa mère était la seule qui la suivait quand elle faisait des tics, sinon pour les autres ils se moquaient d'elle, « *yemma c'était la seule iydifahmen, thet3assayi asema adkhedmegh les gestes nni, ma d wiyet sincèrement tsatsan fellli t3ayareniyi* », (ma mère était la seule qui me comprenait, elle me surveillait quand je faisais ces gestes, et les autres, sincèrement ils rigolaient et se moquaient de moi).

- **Axe 03 : informations sur la maladie et l'entourage**

Maya nous a raconté qu'au début elle n'a pas trouvé de soutien de son entourage ce qui la poussait vers l'isolement, voir même développer un complexe, « *personne ne m'a accepté aken imougegh, smeskhiren akkith felli, tout mon entourage, qarenas themkhel, iwach ithkhedem les gestes ayi bizarres, j'ai pas trouvé de soutien à part g yemma* », (Personne ne m'a accepté comme je suis, ils se moquaient tous de moi, tout mon entourage, ils disaient : elle est folle, pourquoi elle fait ces gestes bizarres, je n'ai pas trouvé de soutien sauf de la part de ma mère).

Par contre actuellement, Maya a de bonne relations sociales, « *tura j'ai pas un problème wahi mon entourage, avec mes amis et tout bien, en plus dayen qlegh uythouqi3ara, garaw d yimaniw 3elmegh dachu iyughen* », (Maintenant je n'ai pas un problème avec mon entourage, avec mes amis c'est bien, en plus je m'en fou, entre moi et moi-même je sais ce que j'ai).

Maya nous a révélé qu'elle se sentait parfois différente et se voyait bizarre même, mais elle se retrouve à l'aise en dessinant, vu qu'elle est dessinatrice, où elle oublie vraiment tout.

- **Axe 04 : L'anxiété**

Maya a mentionné qu'au fond d'elle, elle vit mal sa maladie, puisqu'elle ne peut pas se contrôler, « *tetrough, asema aydeqlent les tics nni mlih, tdigoutayegh qareghas iwach g dunith iw complète zemregh adcontroligh kulch hacha lhaja ayi uzmiresh ara, après setrisayegh akther et tetrough* », (je pleure, quand mes tics me reviennent en force, ça me dégoûte je me dis pourquoi je peux tout contrôler dans ma vie sauf cela, après je me stresse encore plus et je pleure).

Maya nous a dit qu'elle passait par des périodes où elle avait des sensations de peur à cause de sa maladie, ainsi que des épisodes explosifs temporaires, une anxiété, et des perturbations du sommeil, selon elle, depuis le début des manifestations de ces tics, son sommeil est agité. Elle espère toujours qu'elle arrivera à dépasser ça.

Maya n'a pas vraiment confiance en elle, mais selon elle, il n'y a que son avenir qui l'inquiète, tellement elle veut réussir sa vie.

- **Axe 5 : La Dépression**

Quand le diagnostic a été établi, Maya était encore petite et ne comprenait pas de quoi il s'agissait, mais une fois adolescente, elle n'a pas accepté sa maladie et le fait de vivre avec ces tics qui ne cessaient de persister de façon intense, et pour elle, cette difficulté a perduré en elle à cause de l'influence de son entourage et des commentaires négatifs qu'elle recevait. Mais maintenant en tant qu'adulte, elle arrive à mieux gérer sa maladie et à vivre sa vie tout en ignorant tout ce qui est dit sur ses tics.

En pensant à sa situation actuelle, Maya se sent épuisée mais espère qu'elle va arriver un jour à guérir de sa maladie. Elle a tendance à s'isoler et s'éloigner de tout le monde, elle retrouve la paix quand elle est seule avec ses dessins et sa musique préférée, et ça lui arrive toujours de pleurer quand elle repense à tout ce qu'elle a vécu.

Maya a indiqué qu'elle a des crises de nerfs et que dans des situations de colère, ça lui arrive de crier, mais c'est momentané et ça ne dure pas longtemps. Maya a cité qu'elle ne manque pas d'appétit.

En parlant sur son avenir, Maya nous a dit en souriant : « *pour mon future ! je veux réaliser mes rêves, dessiner, travailler, voyager, je veux réussir bach asendprouvigh i I3ibad nni isiqaren themkhel belli aqlin machi akenni ihedren aken, et que je suis comme les autres* », (pour mon future ! je veux réaliser mes rêves, dessiner, travailler, voyager, je veux réussir pour prouver aux gens qui disaient que je suis folle, que je ne le suis pas et que je suis comme les autres).

- **Axe 06 : TOC**

Maya ne présente pas des troubles obsessionnels compulsifs, elle nous a confirmé qu'elle n'a pas de rituels de lavage ni de vérification.

- **Axe 07 : TDAH**

Maya ne peut pas maintenir une position que ce soit assise ou debout, elle aime bouger, dans une salle d'attente d'un cabinet médical ou à la maison, elle ne manque pas d'énergie et ça la perturbe quand elle se trouve obligée de rester dans une seule place.

En abordant sa concentration, elle a dit « *zzik lligh je ne me concentre pas akk, mais kula3mal timghuragh, qlegh j'arrive mieux à me concentrer f wayen ikhedmagh* », (à l'époque, je ne me concentrais pas du tout, mais en grandissant, j'arrive mieux à me concentrer sur ce que je fais), et elle arrive à terminer ses tâches même si elle doit rester toute une nuit pour les finir, surtout quand ça concerne ses dessins.

Maya a dit qu'elle arrive à écouter un discours jusqu'à la fin et n'a pas du mal à organiser des travaux ou des activités.

1-3-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Maya

D'après les résultats obtenus de l'entretien avec Maya, nous avons constaté que sa maladie a créé un bouleversement dans sa vie, dans ses relations avec autrui. Elle présente des troubles anxieux, des perturbations de sommeil qui ont aggravé encore plus son état. Des manifestations qui ont provoqué des crises de nerfs au fil du temps, et un isolement dans le côté social.

1-3-3- Présentation et analyse des résultats de Maya à l'échelle du PCE

Tableau 11 :

Résultats de Maya obtenus à l'échelle du PCE

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	17		

Identification des émotions d'autrui	17	81	93
Compréhension de mes émotions	15		
Compréhension des émotions d'autrui	20		
Expression de mes émotions	13		
Écoute des émotions d'autrui	21		
Régulation de mes émotions	15		
Régulation des émotions d'autrui	20		
Utilisation de mes émotions	21		
Utilisation des émotions d'autrui	15		

Analyse des résultats

Dans le tableau ci-dessus, le score de chaque sous-échelle a été calculé afin d'arriver à un résultat général des sous-scores des CE intrapersonnelles et des CE interpersonnelles.

Maya a obtenu un sous-score de 81 dans les CE intrapersonnelles, qui résulte des réponses sur les cinq sous-échelles qui concerne ses propres émotions, et elle a obtenu un sous-score de 93 dans les CE interpersonnelles des autres cinq sous-échelles concernant les émotions d'autrui.

Nous remarquons que le score obtenu par Maya dans les CE interpersonnelles est plus élevé que celui qu'elle a obtenu dans les CE intrapersonnelles. Tous les cas vus jusqu'ici ayant présenté cette même caractéristique.

A partir de ces résultats, nous constatons que les compétences émotionnelles de Maya sont assez bonnes et elle ne présente pas de perturbations émotionnelles.

1-3-4- Présentations et analyse des résultats de Maya à l'échelle de HADS

Présentation des résultats

a. Anxiété :

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais ; de temps en temps ; souvent et la plupart du temps. Maya a répondu qu'elle est de temps en temps énervée.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout ; un peu mais cela ne m'inquiète pas ; oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Maya a répondu qu'elle n'a pas du tout ces sensations.

Pour le 3^{ème} item « je ne fais pas de souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement ; occasionnellement ; assez souvent et très souvent. Maya a répondu qu'elle se fait du souci assez souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive ; oui, en général ; rarement et jamais. Maya a répondu que ça ne lui arrive jamais de rester tranquille sans rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; assez souvent et très souvent, Maya a répondu, que cela lui arrive parfois.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend pas du tout ; pas tellement ; un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Maya a répondu que c'est tout à fait le cas.

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais ; pas très souvent ; assez souvent et vraiment très souvent. Maya a répondu, qu'elle n'a pas très souvent des sensations soudaines de panique.

b. Dépression :

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant ; pas autant ; un peu seulement et presque plus. Maya a répondu « pas autant ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé ; plus autant qu'avant ; vraiment moins qu'avant et plus du tout. Maya a répondu « plus autant qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps ; assez souvent ; rarement et jamais. Maya a répondu qu'elle est assez souvent en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; très souvent et presque toujours. Maya a répondu qu'elle a très souvent l'impression de fonctionner au ralenti.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé ; il se peut que je n'y fasse plus autant attention ; je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Maya a répondu qu'elle y prête autant d'attention à son apparence que par le passé.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant ; un peu moins qu'avant ; bien moins qu'avant et presque jamais. Maya a répondu qu'elle se réjouit d'avance, autant qu'avant, à l'idée de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent ; parfois ; rarement et très rarement. Maya a répondu par « souvent ».

Analyse des résultats

Après la cotation des items de l'échelle anxio-dépressif, Maya a eu un score global de 19 points qui correspond à une existence de troubles anxio-dépressifs. Elle a eu un score de 11 points dans la sous-échelle de l'anxiété qui correspond à des

troubles anxieux avérés, et un score de 8 points dans la sous-échelle de la dépression qui correspond à des troubles dépressifs suspectés comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Maya souffre d'une anxiété avérée. Elle se sent presque toujours anxieuse. Ainsi ses résultats ont révélé une dépression suspectée qui se traduit beaucoup plus par un isolement.

Synthèse du cas

Les résultats obtenus par l'analyse de l'entretien, l'échelle de PCE et de l'échelle de HADS, nous ont permis de constater que Maya a une anxiété avérée et une dépression suspectée, révélant son état psychologique qui est causé par un traumatisme qu'elle a déjà vécu. Cet état se manifeste par un isolement, une peur, des perturbations de sommeil, une tristesse, et un manque de confiance en soi.

Nous tenons à mentionner que pendant l'entretien, Maya a fait quelques tics tels que : clignements et roulement des yeux, secouement de la tête et raclement de la gorge.

1-4- Cas n° 04 : Tarik

1-4-1- Analyse de l'entretien clinique

Notre entretien avec Tarik s'est déroulé le 25 mai 2022 à 10h dans une salle au sein de l'université de Bejaïa. Son entretien a duré vingt-huit minutes où il était à l'aise et très collaboratif avec nous, et nous a fourni toutes les informations désirées.

- **Les données personnelles**

Tarik est un jeune homme de 26 ans, célibataire, il est en Master 2 et travaille au même temps comme éducateur sportif. Tarik est l'ainé d'une fratrie de deux, son père est un greffier au tribunal, sa mère était coiffeuse et maintenant est femme au foyer.

- **Axe 01 : Informations sur la maladie**

Tarik est né en bonne santé, mais contrairement aux autres cas il était un enfant hyperactif, il bougeait trop et il présentait directement des tics vocaux et moteurs simples (des sons, clignement des yeux, secouement de la tête), sans avoir vécu un évènement déclenchant. Vu son état, sa mère a décidé de l'emmener voir un médecin pour voir l'origine de ses gestes, il était pris en charge à l'hôpital de Mustapha Bacha, « *au début c'était pas clair, j'ai fait des scanners, j'ai fait l'IRM, et tellement j'étais hyperactif ils m'ont anesthésié pour que je ne bouge pas* ».

Le diagnostic du SGT a été établi à l'âge de 6 ans, après sa scolarisation, les enseignants le trouvaient turbulent et se plaignaient toujours auprès de sa maman. Les manifestations des tics ne cessaient d'augmenter et se développer vers des tics vocaux complexes qui se traduisaient par une palilalie et une écholalie, en répétant des mots immédiatement et volontairement, avec le temps c'est devenu une répétition involontaire des sons et des phrases. Afin de diminuer ces manifestations et permettre une poursuite de scolarisation normale, son médecin traitant lui a prescrit *Haldol* et *Amitriptyline*, qu'il a jugé comme traitement inconvenable pour lui, malgré qu'il le calme, mais il le fatigue et l'endormisse. Il a cité qu'il n'a jamais été hospitalisé à cause de sa maladie.

Pour Tarik, le plus difficile dans sa maladie c'est quand il sait qu'il allait faire un tic mais qu'il ne peut pas s'empêcher de le faire.

- **Axe 02 : Informations sur la maladie et la famille**

Tarik a de bonnes relations avec les membres de sa famille, mais il est plus proche de sa mère parce que selon lui, elle ne jouait pas seulement son rôle dans la famille mais aussi le rôle de son conjoint qui était un peu négligeant. Mais malgré tout il s'entend bien avec son père et il met toujours sa famille prioritaire avant tout.

En parlant sur une possibilité d'hérédité, Tarik nous a dit qu'il était le premier à être diagnostiqué du SGT, mais il y'a sa petite sœur qui présente actuellement les mêmes tics que lui, et il pense qu'elle l'imité seulement, d'ailleurs il aime rester et discuter avec elle sur cela afin qu'elle arrive à se contrôler à ne pas reproduire ses tics.

La réaction de sa famille par rapport à sa maladie était normale, ils ont tous essayé de l'aider, en particulier sa tante maternelle, « *khwali khwalti, seyan 3awneniyi ikel, yiweth n khalti chfigh thetfiyi un bon moment g tonobil nroh gh Tizi Ouzou chfigh teqariyid siyi etef imanik ! t3usiyi avrid complet, et beh elle a créé zyi une volonté havsegh les tics ynou, et gimir à chaque fois atedough ad3elegh un tic asinigh khati !, et thenjah chwiya pour une période mais i3awed iqled* », (mes tantes et mes oncles maternels ont tous essayé de m'aider, l'une de mes tantes je me souviens qu'on était partis à Tizi Ouzou par voiture, et elle m'a surveillé pendant tout le chemin en me disant essaies retiens toi ! et depuis elle a créé en moi une volonté d'arrêter mes tics, à chaque fois que j'allais faire un tic je me disais non !, et j'ai réussi un peu pour une période mais ça m'est revenu).

- **Axe 03 : informations sur la maladie et l'entourage**

Concernant la réaction de son entourage, Tarik nous a dit qu'à part ses enseignants qui lui reprochaient d'être très turbulent, il n'a aucun problème social et qu'il gère bien sa maladie, malgré que quelques personnes de son quartier le surnommaient « vibreur », mais cela ne le dérangeait pas du tout « *llan l3ibad aka g lhouma ghareniyid vibreur, mais ça ne m'a jamais dérangé, en plus nekki d l3evd qwigh zdakhel je me connais, et depuis que j'étais petit j'étais un boxeur, wina aydyinin kra zemregh adriyagigh s la violence mais sefehameghas belli d lahlak* », (il y a quelques personnes de mon quartier qui m'appellent vibreur, mais ça ne m'a jamais dérangé, en plus je suis une personne forte au fond de moi je me connais, et depuis que j'étais petit j'étais un boxeur, pour celui qui me dérange je peux bien réagir avec une violence mais je lui explique que c'est une maladie »).

Tarik nous a dit que ses amis proches ne lui font jamais de remarques ni de commentaires sur sa maladie puisqu'ils se sont habitués de le voir ainsi, et ils le soutiennent toujours.

Tarik nous a confirmé qu'il se voyait différent des autres mais dans le bon sens, puisqu'il regarde toujours le bon côté des choses.

- **Axe 04 : L'anxiété**

Tarik nous a dit qu'il vivait sa maladie le plus normalement du monde, et que ça ne l'inquiétait pas du tout, mais il se sentait de temps en temps anxieux quand sa maman lui fait une remarque sur ses tics persistants, et qu'il n'aime seulement pas attrister sa mère. Tarik a dit qu'il se trouvait confronté à des sensations de peur, par rapport à sa sœur et au fait qu'elle ne sera pas capable d'accepter sa maladie une fois adulte.

Après avoir évoqué s'il y'a des choses qui le rendent nerveux, Tarik nous a dit qu'il se comportait bien, mais des fois ça l'énerve quand il est face à des situations où quelqu'un y met une pression sur lui ou veut imposer quelque chose, mais c'est momentané et il redevient calme après quelques minutes seulement, et des fois il fait semblant qu'il est énervé juste pour éviter qu'on lui parle sur un sujet qu'il ne veut pas.

Concernant son sommeil, il a cité qu'il présente des troubles du sommeil caractérisé par une insomnie, où il peut rester éveillé jusqu'à 48 heures sans avoir sommeil.

Tarik a une très grande confiance en lui et qui se voit par son attitude face à son entourage et sa famille et sa manière dont il gère sa maladie.

- **Axe 5 : La Dépression**

En pensant à sa situation actuelle, Tarik se voit normal et comme toute personne ayant un léger trouble sans se laisser influencé par sa maladie ni par les regards des autres. Ça ne lui arrive pas de penser à tout laisser tomber, au contraire, ça le motive pour tout vaincre et tout faire pour réussir sa vie.

Tarik est une personne sociable, il aime faire du sport, en particulier les sports de combats. Concernant son appétit, il a dit qu'il mange très bien.

Sinon pour son avenir, Tarik nous a dit qu'il est très optimiste, et il a tracé un chemin à suivre pour atteindre ses objectifs.

- **Axe 06 : TOC**

Tarik a cité qu'il n'a pas de rituels de lavage, ni des rituels de vérification, ni des idées ou des voix dans sa tête, ce qui veut dire qu'il ne présente pas de TOC.

- **Axe 07 : TDAH**

Tarik a mentionné qu'il ne peut pas maintenir une position précise pendant longtemps et il sent qu'il bouge un peu plus que les autres personnes, mais quand il a des tâches à faire il arrive quand-même à les finir, comme il arrive à se concentrer.

Tarik a cité qu'il ne perd pas ses objets, et n'a pas des oublis fréquents dans sa vie quotidienne.

1-4-2- Synthèse de l'entretien de recherche de Tarik

D'après toutes les informations récoltées dans cet entretien, nous pouvons constater que Tarik n'est pas influencé négativement par son SGT, il vit sa vie le plus normalement possible, il ne présente aucun signe de dépression, il est parfois anxieux mais il arrive à gérer sa maladie et sa vie en général.

Nous tenons à mentionner que pendant l'entretien, Tarik a fait quelques tics tels que : clignements des yeux, secouement de la tête.

1-4-3- Présentation et analyse des résultats de Tarik à l'échelle du PCE

Tableau 12 :

Résultats de Tarik obtenus à l'échelle du PCE

Sous-échelles	Score total de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
Identification de mes émotions	24		
Identification des	24		

émotions d'autrui			
Compréhension de mes émotions	19		
Compréhension des émotions d'autrui	20		
Expression de mes émotions	23	105	103
Écoute des émotions d'autrui	20		
Régulation de mes émotions	22		
Régulation des émotions d'autrui	19		
Utilisation de mes émotions	17		
Utilisation des émotions d'autrui	20		

Analyse des résultats

Dans le tableau ci-dessus, le score de chaque sous-échelle a été calculé afin d'arriver à un résultat général des sous-scores des CE intrapersonnelles et des CE interpersonnelles.

Tarik a obtenu un sous-score de 105 dans les CE intrapersonnelles, qui résulte des réponses sur les cinq sous-échelles qui concerne ses propres émotions, et il a obtenu un sous-score de 103 dans les CE interpersonnelles des autres cinq sous-échelles concernant les émotions d'autrui.

Contrairement aux autres cas, nous remarquons que le score obtenu par Tarik dans les CE interpersonnelles est moins élevé que celui qu'il a obtenu dans les CE intrapersonnelles.

À partir de ces résultats, nous constatons que Tarik a de bonnes compétences émotionnelles et il ne présente aucune forme de perturbations émotionnelles.

1-4-4- Présentations et analyse des résultats de Tarik à l'échelle de HADS

Présentation des résultats

a. Anxiété :

Concernant le 1^{er} item « je me sens tendu ou énervé », qui couvre les propositions suivantes : jamais ; de temps en temps ; souvent et la plupart du temps. Tarik a répondu qu'il est de temps en temps énervé.

Pour le 2^{ème} deuxième item « j'ai des sensations de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver », qui couvre les conditions suivantes : pas du tout ; un peu mais cela ne m'inquiète pas ; oui, mais ce n'est pas trop grave et enfin oui, très nettement. Tarik a répondu « un peu mais cela ne m'inquiète pas ».

Pour le 3^{ème} item « je ne me fais pas de souci », qui couvre les suppositions suivantes : très occasionnellement ; occasionnellement ; assez souvent et très souvent. Tarik a répondu qu'il se fait du souci très souvent.

Concernant le 4^{ème} item « je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté », qui couvre les conditions suivantes : Oui, quoi qu'il arrive ; oui, en général ; rarement et jamais. Tarik a répondu que oui en général ça lui arrive de rester tranquille sans rien faire.

Pour le 5^{ème} item « j'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; assez souvent et très souvent, Tarik a répondu, que cela ne lui arrive jamais.

Pour le 6^{ème} item « j'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place », qui comprend pas du tout ; pas tellement ; un peu et oui, c'est tout à fait le cas. Tarik a répondu « oui, un peu ».

Et le 7^{ème} item « j'éprouve des sensations soudaines de panique » qui couvre les conditions suivantes : jamais ; pas très souvent ; assez souvent et vraiment très souvent. Tarik a répondu, qu'il n'a pas très souvent des sensations soudaines de panique.

b. Dépression :

Concernant le 1^{er} item « je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois », qui comprend : oui, tout autant ; pas autant ; un peu seulement et presque plus. Tarik a répondu « pas autant ».

Pour le 2^{ème} item « je ris facilement et vois le bon côté des choses », qui couvre les réponses suivantes : autant que par le passé ; plus autant qu'avant ; vraiment moins qu'avant et plus du tout. Tarik a répondu « plus au tant qu'avant ».

Pour le 3^{ème} item « je suis de bonne humeur », qui couvre les suppositions suivantes : la plupart du temps ; assez souvent ; rarement et jamais. Tarik a répondu qu'il est assez souvent en bonne humeur.

Concernant le 4^{ème} item « j'ai l'impression de fonctionner au ralenti », qui couvre les réponses suivantes : jamais ; parfois ; très souvent et presque toujours. Tarik a répondu qu'il n'a jamais l'impression de fonctionner au ralenti.

Pour le 5^{ème} item « je ne m'intéresse plus à mon apparence », qui couvre les conditions suivantes : j'y prête autant d'attention que par le passé ; il se peut que je n'y fasse plus autant attention ; je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais et plus du tout. Tarik a répondu qu'il y prête autant attention à son apparence que par le passé.

Pour le 6^{ème} item « je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses », qui couvre les réponses suivantes : autant qu'avant ; un peu moins qu'avant ; bien moins qu'avant et presque jamais. Tarik a répondu qu'il se réjouit d'avance, autant qu'avant, à l'idée de faire certaines choses.

Et le 7^{ème} item « je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision », qui couvre les conditions suivantes : souvent ; parfois ; rarement et très rarement. Tarik a répondu par « parfois ».

Analyse des résultats :

Après la cotation des items de l'échelle anxio-dépressif, Tarik a eu un score global de 13 points qui correspond à une absence de troubles anxio-dépressifs. Il a eu un score de 09 points dans la sous-échelle de l'anxiété qui correspond à des

troubles anxieux suspectés, et un score de 04 points dans la sous-échelle de la dépression qui correspond à l'absence des troubles dépressifs comme est indiqué dans le manuel de HADS.

Tarik a une anxiété suspectée. Il se sent parfois anxieux, mais il arrive à gérer son anxiété.

Nous remarquons une absence totale de dépression chez Tarik, ce qui est bien démontré dans ses réponses.

Synthèse du cas

Tarik, ce jeune ambitieux, a su s'adapter avec son SGT, il ne présente pas de troubles anxio-dépressifs ni de perturbations émotionnelles, ce qui a été remarqué lors de notre entretien avec lui, et ce qui a été confirmé après l'analyse de ses résultats dans l'échelle du PCE et celle du HADS.

En conclusion, on peut dire que Tarik a pris son Tourette par les cornes.

Tableau 13 :

Récapitulatif des résultats obtenus au Profil des Compétences Emotionnelles

Cas	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	ST de CE	Sous-score des CE intrapersonnelles	Sous-score des CE interpersonnelles
01	14	14	11	17	14	13	09	08	10	10	120	58	62
02	16	11	11	13	08	10	06	16	19	12	122	60	62
03	17	17	15	20	13	21	15	20	21	15	174	81	93
04	24	24	19	20	23	20	22	19	17	20	208	105	103

1 = Identification de mes émotions ;

- 2** = Identification des émotions d'autrui ;
- 3** = Compréhension de mes émotions ;
- 4** = Compréhension des émotions d'autrui ;
- 5** = Expression de mes émotions ;
- 6** = Écoute des émotions d'autrui ;
- 7** = Régulation de mes émotions ;
- 8** = Régulation des émotions d'autrui ;
- 9** = Utilisation de mes émotions ;
- 10** = Utilisation des émotions d'autrui.

Le tableau représente un récapitulatif des résultats obtenus au test du Profil des Compétences Emotionnelles après l'examen des réponses et la cotation des scores dans les dix sous échelles, ce qui nous a permis de calculer la totalité des sous scores des CE intrapersonnelles et interpersonnelles.

Tableau 14 :

Récapitulatif des résultats obtenus à l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS

Cas	Anxiété	Dépression	Anxio-dépressif
01	15	04	19
02	16	11	27
03	11	08	19
04	09	04	13

Le tableau ci-dessus représente un récapitulatif des résultats obtenus dans l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS de tous les cas, qui ont été calculés dans le but de déterminer la symptomatologie anxio-dépressif des patients.

Tableau 15 :

Principaux symptômes rencontrés chez les 4 cas

Cas \ Symptômes	Aymen	Anis	Maya	Tarik
Anxiété	+	+	+	+
Dépression		+	+	
TOC	+	+		
TDAH	+			+
Trouble d'apprentissage	+			
Troubles du sommeil	+	+	+	+
Difficultés émotionnelles	+	+	+	
Episodes Explosifs	+	+	+	
Automutilation		+		
Isolement		+	+	
Changement de tempérament	+	+	+	

2- Discussion des hypothèses

Après avoir analysé et interprété les données recueillies dans notre partie pratique par l'utilisation de l'échelle du profil des compétences émotionnelles (PCE), et l'échelle de l'anxiété et de la dépression (HADS), et les entretiens semi directifs, que nous avons eu avec les quatre cas de notre recherche, afin de confirmer ou infirmer nos hypothèses posées au départ.

Nous sommes à la fin de ce chapitre, qui a pour but la vérification des hypothèses que nous avons émises précédemment, nous allons commencer par la discussion de la première hypothèse qui supposait que :

« Les patients atteints du SGT manifestent des troubles anxieux et/ou des perturbations de sommeil ».

D'après les résultats obtenus dans les entretiens semi directifs et l'échelle du HADS (Hospital Anxiety and Depression Scale), nous sommes dans la mesure de dire que toute notre groupe de recherche manifeste des troubles anxieux et des perturbations de sommeil.

Nous avons remarqué que les symptômes de l'anxiété chez les cas qui ont participé à notre recherche diffèrent selon les événements vécus (déclenchant du SGT), l'intensité et la fréquence des manifestations tics qui peuvent être méprisantes, ou l'association des troubles anxieux et le SGT selon les auteurs et les chercheurs est confirmée. Houeto et Giré confirment que le SGT est accompagné des comorbidités comme les troubles anxieux où la prévalence des troubles de l'humeur et anxieux (hors TOC) est élevée dans le syndrome de Gilles de la Tourette, ces complications associées sont probablement d'origine multifactorielle et résultent de la conjonction du caractère chronique et sévère de la maladie, des difficultés sociales qui lui sont associées. (Houeto & Giré, 2008, p. 267)

Parmi les symptômes que nos quatre cas présentent, nous trouvons, l'angoisse, agitation, inquiétude, préoccupation, stress, fatigue, manque de concentration, manque de confiance en soi, des tentatives de suicide, automutilation, une anxiété généralisée et des phobies sociales. L'apparition de ces manifestations est liée directement à l'impact de la société, et l'influence que l'entourage peut avoir

sur les patients, que ce soit en les critiquant, les surveillant, ou en mettant une pression et une charge sur eux, ce qui peut mener à des formes plus graves.

Cette symptomatologie a été décrite par Leclerc, O'Connor et Forget, qui ont affirmé que l'anxiété est un trouble comorbide au SGT et, induit par un inconfort social, stress, sentiment de honte et des obsessions continuelles par peur d'être moqué par l'entourage et des taux élevés d'anxiété généralisée chez les personnes ayant le SGT. (O'Connor, Leclerc, & Forget, 2008)

Les perturbations du sommeil aussi est une particularité qui s'inscrit au registre des manifestations qui s'accompagnent avec le SGT et demeure une grande problématique chez ces patients. Durant notre recherche, les sujets qui ont accepté de travailler avec nous, présentaient tous des troubles du sommeil, avec une particularité de l'insomnie et du maintien du sommeil, qui se répètent à chaque fois que nous évoquons les perturbations du sommeil. Cette problématique a été pris en considération par les chercheurs.

Egalement, des troubles en lien avec le sommeil sont observés chez 20 à 50% des patients ayant le SGT. Principalement il s'agit des difficultés d'endormissement ou de maintien du sommeil ainsi que des parasomnies. (Delorme, Deniau, & Hartmann, 2012, p. 304)

On retrouve aussi des perturbations du sommeil comme l'insomnie, le somnambulisme et les mouvements périodiques des jambes. (Leclerc, Gaudet, Gauthier, & St-Denis-Turcotte, 2016, p. 105)

Après la passation de l'entretien semi-directif et de l'échelle de HADS sur les cas participant à notre recherche. Nous constatons que ces quatre cas souffrent tous des troubles anxieux et des perturbations de sommeil, mais avec des degrés différents, nous pouvons les résumer dans un tableau comme suit :

Tableau 16 :

Répartition des résultats du HADS des cas participant à la recherche, selon le degré

Résultat \ Cas	Aymen	Anis	Maya	Tarik
Score obtenus de l'anxiété	15	16	11	9
Score obtenu de la dépression	4	11	8	4
Degrés de l'anxiété	Avérée	Avérée	Avérée	Suspectée
Degrés de la dépression	Absence	Avérée	Suspectée	Absence

D'après le tableau, on constate que le degré le plus avéré de l'anxiété touche trois patients qui sont : Aymen, Anis et Maya. Le dernier cas restant, a un degré d'anxiété suspecté.

Pour la dépression, nous constatons qu'un seul cas qui a un degré avéré, et un seul cas qui a un degré suspecté, mais il y a deux cas qui ont une absence totale de dépression.

Nous remarquons que tous les patients atteints du SGT ayant une anxiété, présentent automatiquement des troubles du sommeil, plus précisément une insomnie. De ce fait notre première hypothèse est confirmée pour tous les cas.

Nous passons à la discussion de la deuxième hypothèse qui supposait que :

« Les patients atteints du SGT ont des difficultés émotionnelles qui se traduisent par :

- **Des épisodes explosifs.**
- **L'isolement**
- **Changements de tempérament ».**

D'après les résultats obtenus aux entretiens semi directifs et l'échelle du PCE (Profil des Compétences Emotionnelle), nous sommes dans la mesure de dire que notre groupe de recherche manifeste des difficultés émotionnelles qui se traduisent par des épisodes explosifs, l'isolement et des changements de tempérament.

Trois sur quatre des cas qui ont participé dans notre recherche présentent des difficultés émotionnelles à des degrés différents, puisqu'ils trouvent des difficultés à exprimer leurs émotions, et cela influence le contrôle de leurs tics.

Le ressenti et la particularité des émotions jouent un rôle essentiel dans l'apparition et le maintien des tics, et qui peuvent s'aggraver souvent dans des situations sociales, comme dans des cas où il y'a des formes d'hostilité angoissante, ce qui peut déclencher des formes extrêmes des tics et des épisodes explosifs marquant et des réactions qui peuvent être frustrante. (Leisman & Sheldon, 2022)

Nous avons remarqué que deux cas ont tendance à l'isolement et à l'évitement des relations sociales, une peur intense, des épisodes explosifs, plus précisément pendant les manifestations tics, qui peuvent être influencées par le biais des variables émotionnelles, en prenant compte des critiques, des commentaires qui peuvent impacter négativement le ressenti des patients, comme le pousser à tenir ses tics pendant une période de temps.

L'apparition des formes d'isolement, tristesse, déprime, sont dû à des situations de surveillance publiques et des perturbations émotionnelles qui vont impacter le ressenti, ce qui peut mener à la non régulation des émotions, ce qui peut influencer les comportements, les attitudes et les réactions, et depuis un certain temps, les chercheurs savent que les variables émotionnelles influencent le comportement tic. (Leisman & Sheldon, 2022)

La recherche de Findley et ses collègues ont montré que les enfants atteints du SGT subissent davantage des facteurs de stress dans leur vie quotidienne, les facteurs consécutifs surviennent après l'apparition d'un tic et diminuent ou renforcent les comportements de tic. Les conséquences négatives comme le fait de dire à l'enfant de quitter la pièce ou de commenter publiquement ses tics ont un effet sur le sujet tandis que les conséquences positives, comme le fait de récompenser un enfant qui a changé son comportement de tics ont eu un résultat positif, si le conditionnement peut affecter l'expression des tics à long terme, les composantes

émotionnelles peuvent avoir un effet immédiat sur l'issue du traitement. (Leisman & Sheldon, 2022)

A travers les entretiens semi-directifs et l'analyse des résultats de l'échelle de PCE, nous avons déduit que les patients atteints du SGT manifestent des difficultés émotionnelles qui se traduisent par : des épisodes explosifs, l'isolement, changements de tempéraments.

Après la passation de l'entretien semi-directif et de l'échelle de PCE sur les cas participant à notre recherche. Trois sur quatre de nos cas ont des difficultés émotionnelles, mais avec des degrés différents, nous pouvons les résumer dans un tableau comme suit :

Tableau 17 :

Répartition des résultats du PCE des cas participant à la recherche, selon le degré

Cas	Aymen	Anis	Maya	Tarik
Résultats				
Sous score des CE interpersonnelles	62	62	93	103
Sous score des CE intrapersonnelles	58	60	81	105
Degré	Faible	Faible	Modéré	Elevé

D'après le tableau, nous constatons que le degré le plus élevé des CE intrapersonnelles et interpersonnelles est marqué chez un seul patient qui est Tarik. Et le degré le plus faible des CE intrapersonnelles et interpersonnelles est marqué chez deux patients qui sont : Aymen et Anis. Et pour la patiente restante qui est Maya, nous avons noté un degré modéré.

Nous remarquons que trois sur quatre cas présentent des difficultés émotionnelles, des épisodes explosifs, ainsi que des changements de tempérament, et seulement deux d'entre eux qui manifestent de l'isolement. Nous constatons alors que notre deuxième hypothèse est confirmée.

Synthèse

En s'appuyant sur l'analyse de l'entretien clinique semi directif et les échelles de PCE et HADS, nous constatons que le syndrome de Gilles de La Tourette n'est pas seulement des tics, mais il est accompagné de comorbidités et pleins d'autres troubles, qui affectent directement l'état de santé mental, physique et social des patients, et ceux-ci se traduisent par des troubles anxieux, des perturbations de sommeil, des difficultés émotionnelles, de l'isolement, des changements de tempérament, et des épisodes explosifs. Une symptomatologie qu'on a pu confirmer à partir de l'analyse des résultats obtenus dans cette recherche.

Dans ce qui suit, nous allons présenter une conclusion puis une liste des références et une liste des annexes.

Conclusion générale

Conclusion générale

L'adaptation à la présence d'une maladie telle que le syndrome de Gilles de la Tourette, est très variable et diffère d'un patient à un autre, tout en prenant compte du degré de sévérité de la symptomatologie et de l'évolution des comorbidités associées. Pour une catégorie de patients, l'atteinte peut représenter une source de souffrance, de dégradation et un handicap majeur, tandis que pour d'autres patients peuvent exploiter cet état pour avancer dans leur vie et viser encore plus haut dans le but d'atteindre les objectifs qu'ils souhaitent avoir.

Le vécu de cette maladie peut différer quand les manifestations vont altérer l'équilibre du parcours personnel, scolaire et même professionnel, tout en accentuant le ressenti des patients, les émotions et les perturbations qui peuvent accompagner leur combat avec le SGT et les tics qui persistent d'une manière involontaire et stéréotypée. Les manifestations peuvent bouleverser le quotidien du patient et le soumettre à des contraintes difficiles et compliquées, dans cette phase l'apport de la famille et l'entourage est important, or que, des fois le soutien ne peut pas combler tout ce qu'ils ressentent.

Dans le cadre de notre présente recherche, nous avons mis en lumière « le vécu de la maladie chez les patients atteints du Syndrome de Gilles de la Tourette ». En effet en vue de décrire, d'explorer et d'éclairer la nature du vécu de ces patients, ainsi distinguons les ressources adoptées pour faire face à cette maladie, nous avons effectué notre recherche dans la wilaya de Bejaia. Cependant pour répondre à nos questions de recherche et vérifié nos hypothèses, nous avons eu recours à l'entretien clinique de recherche semi directif, à l'échelle des Compétences émotionnelles PCE et à l'échelle de la dépression et de l'anxiété HADS. Ces outils de recherche ont été appliqués pour les quatre cas de recherche dans le but d'affirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

A partir des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons déduit que notre première hypothèse intitulée « *les patients atteints du SGT manifestent des troubles anxieux et/ou des perturbations du sommeil* » a été affirmée pour les quatre cas de recherche qui ont obtenu un niveau important d'anxiété et qui ont tous des perturbations du sommeil.

D'après l'analyse de données obtenues dans l'entretien de recherche semi-directif et l'échelle de PCE, nous pouvons à présent affirmer la deuxième hypothèse intitulée « *les patients atteints du SGT ont des difficultés émotionnelles qui se traduisent par : des épisodes explosifs, l'isolement et changement de tempérament* » pour trois sur quatre de nos cas qui possèdent un niveau faible dans les compétences émotionnelles, par rapport au quatrième cas qui a un niveau élevé et qui ne présente pas de problème.

Donc, à partir des résultats que nous avons obtenus dans cette présente étude, nous constatons que le vécu de la maladie chez les patients atteints du SGT diffère d'un patient à un autre. Entre anxiété, dépression, épisodes explosifs, TDAH, TOC, Troubles du sommeil et des troubles d'apprentissage, chacun le vit selon différents aspects, comme les événements traumatiques vécus à l'enfance, l'influence de la famille et l'entourage.

Nous pouvons proposer du point de vue médical de faire des campagnes de sensibilisation sur le SGT par les spécialistes, que ce soit par des conférences ou utiliser les médias, mettre en œuvre des stratégies d'information sur les symptômes et les manifestations de ce syndrome, prévenir des causes et des facteurs qui peuvent être des éléments déclencheurs des tics.

Du côté psychologique, nous proposons en premier la formation des psychologues cliniciens dans la prise en charge des patients atteints du SGT, et faire des collaborations avec le corps médical, afin de mettre en œuvre des moyens et des méthodes pour faire connaître cette maladie, organiser des groupes de soutiens afin d'aider les familles des patients et les patients eux même dans leur combat avec la maladie.

A partir de ce travail, nous avons tenté de mettre en lumière le vécu de ces patients atteints du SGT. En effet, puisque nous sommes en mois de juin qui est le mois de sensibilisation sur le SGT, nous tenons à préciser que le sujet du SGT, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, parce qu'il est quasiment ignoré, alors que les personnes atteintes souffrent en silence avec leurs familles.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

- Ansoufouddine, M. (2000). *MALADIE DE GILLES DE LA TOURETTE ou MALADIE DES TICS*.
- Barbillon, E., & Le Roy, J. (2012). *Petit manuel méthodologique de l'entretien de recherche*.
- Bénony, & Chahraoui. (1999). *l'entretien clinique*. Paris , France: Dunod.
- Bioy, A., Castillo, M. C., & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
- Borghet, V. (2016). *Le Burnout des médecins soignants DOI 10.3917/ctf.057.0119*.
- Chahraoui, & Bénony. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique* (éd. Dunod). Paris: Dunod.
- Chapelle, F., Monié, B., Poinot, R., & Rusinek, S. (2018). *Thérapies comportementales et cognitives en 37 notions* (éd. 3ème édition). Dunod.
- CIUSSS de l'Est-de-l'Île-de-Montréal. (2015, octobre 22). Consulté le Mars 21, 2022, sur Youtube: <https://youtu.be/KoLZ4RVo8RQ>
- Conelea, C. A., & Woods, D. W. (2008). The influence of contextual factors on tic expression in Tourette's syndrome : A review. *Journal of Psychosomatic Research* 65, 490-491.
- Corsale, M. (2019). Dictionnaire de sociologie clinique. *VECU (experiences - vivencia)*, p. 699.
- Daghfal, R. (2014). Profil clinique associé a syndrome de Gilles de la Tourette. 46. Canada.
- Dagneaux, S. (2021). *Prendre en charge l'insomnie par les TCC* (éd. 2ème). Dunod.
- Delorme, R., Deniau, E., & Hartmann, A. (2012). Les tics et le syndrome de Gilles de la Tourette. *Traité Européen de psychiatrie et de psychologie de l'enfant et de l'adolescent*, pp. 303-304.
- Doron, & Parot. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. Paris: Puf.
- DSM-5. (2015). *American Psychiatric Association. (2015). DSM-5®: manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Paris: Elsevier Masson.
- Dubuc, L., Josse, P., & Debray, S. (2015). *Le Syndrome De Gilles De La tourette ; Quand les tics dévorent la vie des enfants*. SGT Lycée Jean XXIII d'Yvetot (76).
- Dugue, M. (2022). Développement des compétences émotionnelles chez les étudiants en formation de santé ; Eucation. Normandie Université. pp. 34-35.
- Dumercy, S. (2016). Relations entre la compétence émotionnelle et le flow chez les enseignants du collégial. 18-19-20. Montréal, Canada.
- Fourneret, P., Desombre, H., & Broussolle, E. (2014). *Des tics moteurs au syndrome de Gilles de la Tourette : données actuelles, comorbidités et principes de prise en charge thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. ELSEVIER MASSON.

- Galland, F., Derost, P., Legrand, G., Noton-Durand, F., Mermillod, M., Auxiette, C., . . . Jalenques, I. (2008). Manifestations psychopathologiques dans la maladie de Gilles de la Tourette. *Annales Médico-Psychologiques*, p. 326.
- Gascon, Nolin, & Lussier. (2011). *L'évolution des symptômes et du degré de souffrance associés au syndrome de Gilles de La Tourette de l'enfance à la vie adulte*.
- Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales* (éd. 11ème). Dalloz.
- Guide de l'étudiant*. (2020/2021). Récupéré sur <http://www.univ-bejaia.dz/formation>.
- Houeto, J.-L., & Giré, P. (2008). Tics et syndrome de Gilles de la Tourette : diagnostic, évolution et principes de traitement. *La Presse Médicale*, pp. 267-268-269.
- Isomura, K., & al. (2022). *Insomnia in tourette syndrome and chronic tic disorder*. Récupéré sur National Library of Medicine: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34693569>
- Jacobi, B. (1995). *Cent mots pour l'entretien clinique*. érès.
- Jalenques, I., Galland, F., Legrand, G., Derost, P., Mermillod, M., Auxiette, C., . . . Durif, F. (2008). Clinique du syndrome de Gilles de la Tourette chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques*(166), pp. 320-321.
- Konan, P. K., Kouame, A., N'guessan, R. K., Brou, N., Tenena, J. M., & Delafosse, J. C. (2012). Perceptions et vécu psychologique de la vieillesse par les personnes âgées atteintes de troubles mentaux vues au service d'hygiène mentale (SHM) d'abidjan. *Revue Africaine d'Anthropologie ; Nyansa-Po; n°12-2012*, p. 66.
- Labro, & Mevel. (2009). *Vécu*. Dans *Dictionnaire Hachette*. Quai de Grenelle. .
- Lafortune, L., Daniel, M. F., Doudin, P. A., Pons, F., & Albanese, O. (2005). *Pédagogie et psychologie des émotions*. Presses de l'université du Québec.
- Laubet Del Bayle, J.-L. (2000). *Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales*. Paris: L'Harmattan.
- Leckman, J., Walker, D., & Cohen, D. (1993). *Am J Psychiatry*.
- Leclerc, J. B., Gaudet, I., Gauthier, B., & St-Denis-Turcotte, J. (2016). *LE SYNDROME DE GILLES DE LA TOURETTE EN TANT QUE NEURODEVELOPPEMENTAL*; *Revue québécoise de psychologie; 37 (2), 97–120*.
- Leclerc, J., Laverdure, A., Forget, J., O'Connor, K.-P., & Lavoie, M.-E. (2010). Intervention spécialisée pour la gestion des épisodes explosifs auprès d'un enfant atteint du syndrome de Gille de la tourette et d'un trouble déficitaire de l'attention avec hyperactivité. *Journal de thérapie comportementale et cognitive 20; 104-11, 106-108*.
- Legrand, G., Noton-Durand, F., & Jalenques, I. (2008). Prise en charge thérapeutique du syndrome de Gilles de la Tourette chez l'enfant et chez l'adulte. *Annales Médico-Psychologiques*, p. 482.
- Leisman, G., & Sheldon, D. (2022). *Tics and Emotions*. Récupéré sur Brain sciences: <https://doi.org/10.3390/>

- Malherbe, A. (2018). L'influence du vécu émotionnel du patient sur sa posture. 12-13-14-15. Rennes , France.
- Mermillod, Auxiette, Chambres, Dubois, Derost, Galland, . . . Jalenques. (2008). L'apport de la psychologie et des neurosciences cognitives dans l'exploration des substrats anatomiques et fonctionnels impliqués dans le syndrome de Gilles de la Tourette's syndrome. *Annales Médico-Psychologique*(166), p. 399.
- Mikolajczak, M., Quoidbach, J., Kotsou, I., & Nélis, D. (2020). *Les compétences émotionnelles*. Dunod.
- O'Connor, K., Leclerc, J., & Forget, J. (2008). *Quand le corps fait à sa tête*. MultiMondes.
- Pedenielli, J. L., & Fernandez, L. (2020). *L'observation clinique et l'étude de cas* (Vol. 4). (Dunod, Éd.) Armand Colin.
- Pedinielli, J. L. (2016). *Introduction à la psychologie clinique* (Vol. 4ème). (Dunod, Éd.) Armand Colin.
- Poirot, I., & Schroder, C. M. (2016). *Sommeil, rythmes et psychiatrie*. Dunod.
- Sander, & Scherer. (2019). *Traité de psychologie des émotions*. Dunod.
- Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales* (éd. Dunod). Paris: Dunod.
- Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques* (éd. Dunod). Paris: Dunod.
- Senninger, F. (2012). *Abord cliniques des troubles du sommeil*. Paris: Springer.
- Thiam, Y. (2012). Comprendre le vécu et le ressenti des patients chronique suite d'un programme d'éducation thérapeutique en court de séjour : le cas des patients cardiovasculaires du CHU Clermont-Ferrand; *Médecine humaine et pathologie*.
- Wade, & Tavis. (2000). *Introduction à la psychologie, les grandes perspectives*. Bruxelles: De Boeck.
- Walusinski, O. (2016). Georges Gilles de la Tourette (1857–1904), une biographie revisitée à partir d'archives familiales inédites. (E. Masson, Éd.) *Annales Médico-Psychologique* 174 (2016) 491-498, p. 494.
- Xavier, H. (2017). *Syndrome de Gilles de la tourette et thérapeutiques : revue de littérature*. *Médecine humaine et pathologie*. dumas-01499890. Bordeaux , France.

Annexes

Guide d'entretien

1- Les données personnelles :

1. Âge ?
2. Niveau d'instruction ?
3. Profession ?
4. Situation matrimoniale ?
5. Nombre de fratrie ?
6. Position dans la fratrie ?
7. Quelle est la profession de votre père ?
8. Quelle est la profession de votre mère ?
9. Qui vous a recommandé au psychologue / psychiatre / pédopsychiatre/ neurologue ?

2- Guide d'axes d'entretien :

1^{er} axe : Informations sur la maladie :

1. Parlez-nous de votre maladie.
2. À quel âge votre maladie a été diagnostiquée ?
3. Comment votre maladie a été évolué ? Et quel traitement vous a été prescrit ?
4. Qu'est ce qui est le plus difficile pour vous dans cette maladie ?
5. Pour vous quelles sont les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?
6. Quelles sont les complications et maladies qui ont accompagné cette atteinte aujourd'hui ?
7. Étiez-vous déjà hospitalisé à cause de cette maladie ?

2^{ème} axe : Informations sur la maladie et la famille :

8. parlez-nous de votre relation avec les membres de votre famille.
9. Quelle est la personne la plus proche de vous ?
10. Quelle est la personne avec laquelle vous ne vous entendez pas ?
11. Avez-vous quelqu'un de votre famille atteint de cette maladie ?
12. Quelle était la réaction de votre famille par rapport à ta maladie ?

3^{ème} axe : Informations sur la maladie et l'entourage :

13. Quelle était la réaction de votre entourage vis-à-vis de la maladie ?
14. Avez-vous trouvé un soutien de l'entourage ?
15. Comment sont vos relations sociales ? Et dans le milieu professionnel ?
16. Est-ce que vous vous sentez différent des autres ?

4^{ème} axe : l'anxiété

17. Comment vous vivez votre maladie ?
18. Est-ce que vous êtes inquiet ou vous avez une sensation de peur par rapport à la présence de la maladie ?
19. Comment vous vous sentez en ce moment ?
20. Est-ce que vous êtes nerveux ? Si oui, qu'est-ce qui vous rend nerveux ?
21. Qu'est-ce qui vous inquiète plus en ce moment ?
22. Est-ce que vous avez confiance en vous ?
23. Avez-vous peur ? Vous sentez-vous anxieux ?
24. Parlez-nous de votre sommeil.
25. Prenez-vous un traitement anxiolytique prescrit par votre médecin ? Si oui, lequel ?

5^{ème} axe : Dépression

26. Quelle a été votre réaction face au diagnostic ?
27. Quels sont les changements survenus après avoir eu cette maladie ?
28. Que ressentez-vous en pensant à votre situation actuelle ?
29. Vous arrive-t-il de penser à tous laisser tomber et même à arrêter le traitement ?
30. Avez-vous l'impression d'être fatigué ?
31. Avez-vous tendance à vous isoler ?
32. Ça vous arrive de pleurer ?
33. Avez-vous des activités et passions que vous exercez ?
34. Depuis la maladie avez-vous perdu l'intérêt aux activités que vous faisiez habituellement et qui vous procurait du plaisir ? (Au cas où ça a commencé dernièrement).
35. Avez-vous des crises de nerfs ?

- 36. Est-ce que vous manquez d'appétit ?
- 37. Est-ce que vous pensez que ça vous arrive parce que vous n'avez pas de chance dans votre vie ?
- 38. Quelle est votre vision du futur et que pensez-vous de l'avenir ?

6^{ème} axe : TOC

- 39. Avez-vous les rituels de lavage ?
- 40. Avez-vous l'habitude d'avoir envie de faire des vérifications ? Si oui, lesquelles ?
- 41. Y a-t-il des idées qui traversent votre esprit et qui vous poussent à pratiquer ces rituels ?
- 42. Depuis quand vous manifestez ces rituels (lavage - vérification - idées) ?
- 43. Pouvez-vous nous décrire leur intensité et la durée qu'ils persistent ?
- 44. Quelle est votre réaction face à ces comportements ?
- 45. Manifestez-vous de l'anxiété, épuisement ou de la déprime quand vous ne pouvez pas contrôler ces rituels ?

7^{ème} axe : TDAH

- 46. Pouvez-vous maintenir une position (que ce soit assis ou debout) pour une durée précise ?
- 47. Comment voyez-vous votre concentration ?
- 48. Arrivez-vous à terminer vos tâches ?

- L'attention

- 49. Arrivez-vous à écouter un discours jusqu'à sa fin ? Ou entrer dans une conversation ?
- 50. Avez-vous du mal à organiser des travaux ou des activités ?
- 51. Perdez-vous souvent des objets nécessaires ?
- 52. Avez-vous des oublis fréquents dans votre vie quotidienne ?

L'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.					
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.					
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.					
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.					
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.					
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de					

bonne humeur.					
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.					
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.					
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.					
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.					
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.					
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.					
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.					
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.					
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.					
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.					
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.					
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.					
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.					
38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					

39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.					
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.					
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.					
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.					
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.					
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.					
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					
48. Je suis conscient(e) de mes émotions au moment où je les éprouve.					
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					

Echelle de dépression et de l'anxiété HADS (HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)

De Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats obtenus par Aymen à l'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					X
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					X
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.	X				
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.	X				
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.		X			
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.			X		
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.			X		
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.				X	
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					X
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).			X		
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.				X	
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.		X			
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.			X		
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre			X		

pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.		X			
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.			X		
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.	X				
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.			X		
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.	X				
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.			X		
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.		X			
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.		X			
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.	X				
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.		X			
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.			X		
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).				X	
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.	X				
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.		X			
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.	X				
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.		X			
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.			X		
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.			X		
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.			X		
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.		X			
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.	X				
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.	X				
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.			X		

38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.			X		
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.	X				
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					X
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.			X		
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.			X		
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.		X			
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.			X		
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.			X		
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.				X	
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.		X			
48. Je suis conscient(e) de mes émotions au moment où je les éprouve.			X		
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.				X	
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.	X				

**Résultats obtenus par Aymen à l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS
(HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)**

De Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent. **X**
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement. **X**

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent. **X**
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais. **X**

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas. **X**

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant. **X**
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé. **X**
- 1 Plus autant qu'avant.
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent. **X**
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois. **X**
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé. **X**
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant. **X**
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent.
- 1 Parfois. **X**
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats obtenus par Anis à l'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.				X	
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.				X	
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.	X				
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.	X				
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.					X
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					X
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.				X	
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.		X			
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.			X		
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					X
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.		X			
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.	X				
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.		X			
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre					X

pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.	X				
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					X
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.			X		
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.		X			
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.			X		
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					X
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.				X	
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.			X		
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.	X				
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					X
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					X
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					X
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.					X
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.					X
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.					X
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.			X		
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.			X		
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					X
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.			X		
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.					X
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.		X			
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.			X		
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.					X

38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					X
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.	X				
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.				X	
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.				X	
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.					X
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.					X
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.					X
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.			X		
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.				X	
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.			X		
48. Je suis conscient(e) de mes émotions au moment où je les éprouve.			X		
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					X
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.	X				

**Résultats obtenus par Anis à l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS
(HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)**

De Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps.
- 2 Souvent. **X**
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement. **X**

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais. **X**

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent. **X**
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu. **X**
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent.
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent. **X**

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant.
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus. **X**

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant. **X**
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent.
- 2 Rarement. **X**
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois. **X**
- 2 Très souvent.
- 3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais. **X**
- 3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant.
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant. **X**
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent. **X**
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats obtenus par Maya à l'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.					X
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.					X
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					X
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.			X		
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.				X	
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					X
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.			X		
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					X
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					X
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					X
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.	X				
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.	X				
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					X
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre			X		

pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.	X				
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					X
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.			X		
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.	X				
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.					X
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.					X
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.					X
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					X
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					X
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					X
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.					X
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).	X				
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.	X				
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.	X				
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.	X				
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.			X		
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.	X				
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					X
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					X
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.	X				
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.				X	
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.	X				
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.			X		

38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.					X
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.					X
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.					X
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					X
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.			X		
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.			X		
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.	X				
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.					X
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.					X
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					X
48. Je suis conscient (e) de mes émotions au moment où je les éprouve.					X
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.					X
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					X

**Résultats obtenus par Maya à l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS
(HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)**

De Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps. **X**
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout. **X**
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas.
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent. **X**
- 3 Très souvent.

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général.
- 2 Rarement.
- 3 Jamais. **X**

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu.
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas. **X**

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant. **X**
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant. **X**
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent. **X**
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

- 0 Jamais.
- 1 Parfois.
- 2 Très souvent. **X**
- 3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

- 0 J'y prête autant d'attention que par le passé.
- 1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.
- 2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.
- 3 Plus du tout. **X**

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

- 0 Autant qu'avant. **X**
- 1 Un peu moins qu'avant.
- 2 Bien moins qu'avant.
- 3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

- 0 Souvent. **X**
- 1 Parfois.
- 2 Rarement.
- 3 Très rarement.

Résultats obtenus par Tarik à l'échelle du Profil des Compétences Emotionnelles

Merci pour le temps que vous consacrez à ce questionnaire et pour l'intérêt que vous y portez.

Les questions ci-dessous ont pour but de mieux comprendre comment vous vivez avec vos émotions. Répondez spontanément à chacune des questions en tenant compte de la manière dont vous réagissez en général. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses, car nous sommes tous différents à ce niveau.

Pour chacune des questions, vous devrez vous positionner sur une échelle de 1 à 5.

1 signifie que la phrase écrite ne vous correspond pas du tout ou que vous ne réagissez jamais de cette façon, au contraire 5 signifie que vous vous reconnaissez tout à fait dans ce qui est décrit ou cela vous arrive très souvent.

	1	2	3	4	5
1. Mes émotions apparaissent sans que je comprenne d'où elles viennent.	X				
2. Je ne comprends pas toujours pourquoi je réagis comme je réagis.	X				
3. Si je le voulais, je pourrais facilement jouer sur les émotions des autres pour obtenir ce que je veux.					X
4. Je sais quoi faire pour rallier les gens à ma cause.					X
5. Je n'arrive pas à m'expliquer les réactions émotionnelles des gens.		X			
6. Quand je me sens bien, j'arrive facilement à savoir si c'est parce que je suis content, fier de moi ou détendu.					X
7. Je sais lorsqu'une personne est en colère, triste, ou joyeuse même si elle ne m'en parle pas.					X
8. J'arrive facilement à trouver les mots pour décrire ce que je ressens.					X
9. Je ne me base jamais sur mes émotions pour orienter ma vie.					X
10. Quand je me sens mal, je fais facilement le lien avec une situation qui m'a touché(e).					X
11. Je peux facilement obtenir ce que je désire des autres.				X	
12. Je retrouve facilement mon calme après avoir vécu un évènement difficile.				X	
13. Je peux facilement expliquer les réactions émotionnelles de mes proches.					X
14. La plupart du temps, il m'est facile de comprendre					X

pourquoi les gens ressentent ce qu'ils ressentent.					
15. Quand je suis triste il m'est facile de me remettre de bonne humeur.				X	
16. Quand quelque chose me touche, je sais immédiatement ce que je ressens.					X
17. Si quelque chose me déplaît, j'arrive à le dire calmement.					X
18. Je ne comprends pas pourquoi mes proches réagissent comme ils réagissent.			X		
19. Quand je vois quelqu'un qui est stressé ou anxieux, il m'est facile de le calmer.				X	
20. Lors d'une dispute, je n'arrive pas à savoir si je suis triste ou en colère.	X				
21. J'utilise mes émotions pour améliorer mes choix de vie.	X				
22. J'essaie d'apprendre des situations ou des émotions difficiles.					X
23. Les autres viennent facilement me parler de leurs problèmes personnels.					X
24. Mes émotions m'informent des changements à effectuer dans ma vie.					X
25. C'est difficile pour moi d'expliquer aux autres ce que je ressens même si je le veux.			X		
26. Je ne comprends pas toujours pourquoi je suis stressé(e).					X
27. Si quelqu'un venait me voir en pleurs, je ne saurais pas quoi faire.	X				
28. J'éprouve de la difficulté à écouter les gens qui se plaignent.	X				
29. Je n'adopte pas la bonne attitude avec les gens parce que je n'ai pas perçu dans quel état émotionnel ils sont.	X				
30. J'arrive facilement à savoir ce que les autres ressentent.					X
31. J'essaie d'éviter que les gens ne me parlent de leurs problèmes.		X			
32. Je sais comment faire quand je veux motiver les gens.					X
33. Je suis doué(e) pour remonter le moral des gens.					X
34. J'ai du mal à faire le lien entre les réactions d'une personne et ce qu'elle a vécu.			X		
35. Je suis habituellement capable d'influencer la manière dont les autres se sentent.				X	
36. Si je le voulais, il serait facile pour moi de pousser quelqu'un à se sentir mal.	X				
37. Je trouve difficile de gérer mes émotions.	X				

38. Mes proches me disent que je n'exprime pas assez ce que je ressens.	x				
39. Quand je suis en colère, je peux facilement me calmer.				x	
40. Je suis surpris(e) par la réaction de certaines personnes parce que je n'avais pas perçu qu'elles étaient déjà de mauvaise humeur.		x			
41. Mes émotions m'informent de ce qui est important pour moi.					x
42. Les autres n'acceptent pas la manière dont j'exprime mes émotions.	x				
43. Souvent, quand je suis triste, je ne sais pas pourquoi.			x		
44. Il m'arrive souvent de ne pas savoir dans quel état émotionnel se trouvent les personnes autour de moi.	x				
45. Les autres me disent que je suis un bon confident.				x	
46. Je suis mal à l'aise quand les autres me racontent quelque chose de difficile pour eux.				x	
47. Lorsque je fais face à quelqu'un en colère, je peux facilement le calmer.					x
48. Je suis conscient(e) de mes émotions au moment où je les éprouve.					x
49. Quand je me sens mal, il m'est difficile de savoir quelle émotion je ressens exactement.		x			
50. Lorsque je suis confronté(e) à une situation stressante, je fais en sorte d'y penser de manière à ce que cela m'aide à rester calme.					x

**Résultats obtenus par Tarik à l'échelle de dépression et de l'anxiété HADS
(HADS : Hospital Anxiety and Depression Scale)**

De Sigmond et Snaith

1) Anxiété

Je me sens tendu ou énervé.

- 0 Jamais.
- 1 De temps en temps. **X**
- 2 Souvent.
- 3 La plupart du temps.

J'ai une sensation de peur comme si quelque chose d'horrible allait m'arriver.

- 0 Pas du tout.
- 1 Un peu mais cela ne m'inquiète pas. **X**
- 2 Oui, mais ce n'est pas trop grave.
- 3 Oui, très nettement.

Je me fais du souci.

- 0 Très occasionnellement.
- 1 Occasionnellement.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent. **X**

Je peux rester tranquillement assis à ne rien faire et me sentir décontracté.

- 0 Oui, quoi qu'il arrive.
- 1 Oui, en général. **X**
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'éprouve des sensations de peur et j'ai l'estomac noué.

- 0 Jamais. **X**
- 1 Parfois.
- 2 Assez souvent.
- 3 Très souvent.

J'ai la bougeotte et n'arrive pas à tenir en place.

- 0 Pas du tout.
- 1 Pas tellement.
- 2 Un peu. **X**
- 3 Oui, c'est tout à fait le cas.

J'éprouve des sensations soudaines de panique.

- 0 Jamais.
- 1 Pas très souvent. **X**
- 2 Assez souvent.
- 3 Vraiment très souvent.

2) Dépression

Je prends plaisir aux mêmes choses qu'autrefois.

- 0 Oui, tout autant.
- 1 Pas autant. **X**
- 2 Un peu seulement.
- 3 Presque plus.

Je ris facilement et vois le bon côté des choses.

- 0 Autant que par le passé.
- 1 Plus autant qu'avant. **X**
- 2 Vraiment moins qu'avant.
- 3 Plus du tout.

Je suis de bonne humeur.

- 0 La plupart du temps.
- 1 Assez souvent. **X**
- 2 Rarement.
- 3 Jamais.

J'ai l'impression de fonctionner au ralenti.

0 Jamais. **X**

1 Parfois.

2 Très souvent.

3 Presque toujours.

Je m'intéresse plus à mon apparence.

0 J'y prête autant d'attention que par le passé. **X**

1 Il se peut que je n'y fasse plus autant attention.

2 Je n'y accorde pas autant d'attention que je devrais.

3 Plus du tout.

Je me réjouis d'avance à l'idée de faire certaines choses.

0 Autant qu'avant. **X**

1 Un peu moins qu'avant.

2 Bien moins qu'avant.

3 Presque jamais.

Je peux prendre plaisir à un bon livre ou à une bonne émission radio ou télévision.

0 Souvent.

1 Parfois. **X**

2 Rarement.

3 Très rarement.

Résumé :

Le syndrome de Gilles de la Tourette est une maladie rare mais très compliquée qui peut toucher l'être humain dès son jeune âge, comme les causes diffèrent d'un sujet à un autre et parfois restent inconnues, les affections aussi varient, que ça soit sur le plan physique, mental, social, scolaire ou professionnel et surtout émotionnel. En cas d'absence de prise en charge efficace, le patient développe des réactions émotionnelles, comportementales et cognitives inadaptées.

A travers cette recherche, nous avons tenté de décrire et d'explorer la nature du vécu psychologique qui accompagne la symptomatologie du SGT, et plus précisément, les émotions et la manière dont les patients perçoivent cette maladie et font face à la manifestation des tics, de plus les perturbations du sommeil qui peuvent intensifier cette souffrance. Nous avons essayé de mettre en lumière les critères et les types des tics qui peuvent subvenir, les facteurs déclenchants et les causes qui vont affecter directement le vécu des patients.

Pour mener à bien ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique de type descriptive par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif, l'échelle du HADS nommée « Hospital Anxiety and Depression Scale » et l'échelle de PCE « Profil des Compétences émotionnelles », que nous avons appliqué sur quatre patients ayant le SGT.

Les résultats obtenus indiquent des grandes difficultés en ce qui concerne le vécu de cette maladie, et des perturbations émotionnelles qui se caractérisent par un isolement, des épisodes explosifs, des troubles anxieux, perturbations du sommeil et autres.

Mots clés : vécu, vécu psychologique ; SGT, EE, troubles anxieux, les émotions, les perturbations du sommeil.

Abstract:

Tourette's Syndrome is a rare but very complicated disorder that can affect people from an early age, and as the causes differ from one person to another and sometimes remain unknown, the conditions also vary, whether physical, mental, social, academic or occupational and especially emotional. In the absence of effective treatment, the patient develops maladaptive emotional, behavioral and cognitive reactions.

Through this research, we have attempted to describe and explore the nature of the psychological experience that accompanies the symptomatology of TS, and more specifically, the emotions and the way in which patients perceive this illness and cope with the manifestation of tics, as well as the sleep disturbances that can intensify this suffering. We have tried to highlight the criteria and types of tics that can occur, the triggers and causes that will directly affect the patients' experience.

To carry out this work, we opted for the clinical method of descriptive case study, as well as the clinical semi-directive interview, the HADS scale named "Hospital Anxiety and Depression Scale" and the PCE scale "Profile of Emotional Competence", which we applied on four patients with TS.

The results obtained indicate great difficulties with regard to the experience of this illness, and emotional disturbances that are characterized by isolation, explosive episodes, anxiety disorders, sleep disturbances and others.

Key words: experience, psychological experience; TS, EE, anxiety disorders, emotions, sleep disturbances.

المخلص:

تعد متلازمة توريت مرض نادر ولكنه معقد للغاية يمكن أن يصيب الانسان منذ سن مبكرة، حيث تختلف الأسباب من مريض لآخر وفي بعض الأحيان تظل غير معروفة، كما تختلف تأثيراته أيضاً، سواء جسدياً، عقلياً، اجتماعياً، أكاديمياً أو مهنيًا وخاصةً عاطفياً. في حالة عدم وجود رعاية علاجية فعالة، يصاب المريض بردود فعل عاطفية وسلوكية ومعرفية غير مناسبة.

من خلال هذا البحث، حاولنا وصف واستكشاف طبيعة المعاش النفسية التي تصاحب أعراض متلازمة توريت، وبشكل أكثر تحديداً، العواطف والطريقة التي يدرك بها المرضى هذا المرض ويواجهون مظاهر التشنجات اللاإرادية، علاوة على اضطرابات النوم الذي يمكن أن تفاقم هذه المعاناة. لقد حاولنا تسليط الضوء على معايير وأنواع التشنجات اللاإرادية التي يمكن أن تحدث، والعوامل المحفزة والأسباب التي تؤثر بشكل مباشر على معاش المرضى.

لتنفيذ هذا العمل، اخترنا الطريقة السريرية للنوع الوصفي حسب دراسة الحالة، بالإضافة إلى المقابلة السريرية شبه الموجهة، ومقياس "القلق والاكتئاب بالمستشفى" ومقياس "الملف الشخصي للكفاءات العاطفية"، والتي طبقناها على أربعة مرضى مصابين بمتلازمة توريت.

وتشير النتائج التي تم الحصول عليها إلى وجود صعوبات كبيرة فيما يتعلق بمعاش هذا المرض، واضطرابات عاطفية التي تتميز بالعزلة، ونوبات الغضب، واضطرابات القلق، واضطرابات النوم وغيرها.

الكلمات المفتاحية: المعاش، المعاش النفسي، متلازمة توريت، الاحاسيس، نوبات الغضب، اضطرابات القلق، اضطرابات النوم.