

Université Abderrahmane Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales



MÉMOIRE DE FIN DE CYCLE

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

Option : Psychologie Clinique

THÈME :

**Les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés
en psychiatrie.**

Étude de six (06) cas au niveau du service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir
à Béjaia

Réalisé par :

OUZROU Fatima

SOUICI Yanis

Encadré par :

Mme. MEHENNI Zahoua

Année universitaire : 2024/2025

Remerciements

Nous remercions Dieu, dont la main bienveillante a accompagné chacune de nos démarches.

Nous tenons tout d'abord à exprimer notre profonde gratitude à notre encadrante, Mme MEHENNI Zahoua, pour la confiance qu'elle nous a témoignée, son accompagnement précieux, et le soutien indéfectible dont elle nous a entourés. Ses conseils avisés, sa patience à toute épreuve, sa compréhension bienveillante, ainsi que son soutien affectif ont été des piliers essentiels tout au long de ce travail.

Nous remercions également les membres de jury qui ont accepté d'examiner notre travail.

Nous remercions tout le staff du service psychiatrique surtout Monsieur KHEREDDINE AMINE, pour l'accueil chaleureux qu'il nous a réservé au sein de l'hôpital, ainsi que pour le soutien constant qu'il nous a apporté tout au long de notre stage. Ses conseils avisés, ses recommandations précieuses et ses encouragements ont été essentiels à notre progression. Grâce à sa disponibilité et à son expertise, nous avons pu évoluer dans un environnement propice à l'apprentissage et approfondir nos compétences en psychologie clinique.

Un merci infini à nos familles, nos premiers admirateurs et nos plus fidèles alliés, votre amour a été la lumière guidant nos nuits de travail, et votre confiance, le vent qui a porté nos efforts jusqu'à leur aboutissement.

Enfin, Nous n'oublions pas de remercier l'ensemble des personnes ayant participé, directement ou indirectement, à la bonne conduite de cette recherche.

Dédicaces

Avec une gratitude sincère, je dédie ce modeste travail à ce qui m'ont soutenu et réconforté lors de cette étape de ma vie.

*À **ma mère**, pour son amour inconditionnel, ses prières sincères, sa tendresse et son soutien sans faille dans chaque étape de ma vie. tu as toujours été mon pilier, celle qui m'a portée dans les moments de doute et encouragée à ne jamais baisser le bras.*

*À **mon père**, pour sa force, ses précieux conseils, ses encouragements constants et les nombreux sacrifices qu'il a faits pour m'offrir les meilleures conditions possibles.*

*À **toute ma famille**, pour leurs présences, leurs prières, leur bienveillance et leur réconfort dans les moments difficiles. vous avez été une source de motivation et de stabilité.*

*À **mes chers amis** Mellissa, Megdouda, Hanan et Lamia pour leur amitié sincère, leur écoute, leur bonne humeur et les souvenirs inoubliables que nous avons partagés. Vos encouragements et votre présence m'ont permis d'alléger les moments de stress.*

*À **mon binôme** Yanis, pour son soutien, sa collaboration précieuse et les efforts partagés tout au long de cette aventure. Merci pour la patience, ton engagement et ton esprit d'équipe.*

*À **mes enseignants**, votre savoir m'a guidé vers la lumière.*

Fatima

Dédicaces

Je dédie ce travail :

*Je tiens tout d'abord à exprimer ma profonde gratitude à **Monsieur Khereddine**, dont le soutien inestimable et les encouragements constants ont marqué chaque étape de ce travail. Homme d'une immense sagesse et véritable pilier de la psychologie clinique, il mérite tout le respect et l'admiration du monde. Ce travail lui est dédié avec la plus grande reconnaissance.*

*À **ma chère amie Souad**, je souhaite adresser mes plus sincères remerciements pour sa présence et son soutien indéfectible tout au long de cette année. Son amitié a été une source précieuse de réconfort et d'encouragement.*

*Je n'oublie pas non plus **Monsieur Djamaoune**, dont les conseils avisés et bienveillants m'ont guidée dans cette aventure académique.*

*À **mes parents**, qui ont été mes premiers soutiens et ma force silencieuse, je vous remercie de tout cœur pour votre amour et vos sacrifices constants.*

*À **Madame Tekfa**, merci pour votre présence et votre bienveillance, qui ont apporté une chaleur particulière à ce parcours.*

*Enfin, à **mon binôme Fatima** et à **mon amie Yamina**, merci pour votre collaboration, votre aide et votre amitié sincère, qui ont rendu ce parcours plus lumineux.*

*Je vous dédie ce travail, avec une mention spéciale à **Monsieur Khereddine**, à qui je souhaite adresser ces mots : « La grandeur d'un homme réside dans son humilité et sa capacité à inspirer les autres. Merci pour tout ce que vous avez apporté à ma vie ».*

“Le véritable mentor ne vous montre pas seulement la voie, il vous apprend à croire en vous-même pour la suivre.”

Yanis

Sommaire

La liste des tableaux

Liste des figures

La liste des annexes

La liste des abréviations

Introduction 1

Cadre méthodologique de la recherche :

| | |
|--|----|
| 1. La problématique..... | 5 |
| 2. Les hypothèses de la recherche | 8 |
| 3. Définition et opérationnalisation des concepts clés | 8 |
| 4. Les raisons du choix du thème | 11 |
| 5. Les objectifs de la recherche | 12 |

Partie théorique

Chapitre I: la personnalité

| | |
|--|-----------|
| Préambule | 15 |
| 1. Aperçu historiques sur la personnalité | 15 |
| 2. Définitions de la personnalité..... | 17 |
| 3. Les déterminants de la personnalité | 19 |
| 4. Les types et les traits de la personnalité | 21 |
| 5. La théorie des cinq facteurs de la personnalité de Big-Five | 26 |
| 6. Les modèles théoriques de la personnalité..... | 28 |
| 7. Les troubles de personnalité..... | 32 |
| Synthèse..... | 40 |

Chapitre II: l'âge adulte et la psychiatrie

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 42 |
| I. l'âge adulte et la santé mentale..... | 42 |

| | |
|---|-----------|
| I.1. Définition de l'âge adulte..... | 42 |
| I.2. Caractéristiques de l'âge adulte | 45 |
| I.3. L'importance de la santé mentale durant l'âge adulte | 46 |
| I. 4.Les transitions de l'âge adulte..... | 48 |
| I.5. L'importance de transitions sur la santé mentale | 50 |
| I.6. Les défis et les enjeux psychologiques de l'adulte..... | 51 |
| II. la psychiatrie et l'âge adulte..... | 53 |
| II.1. Définition de la psychiatrie..... | 53 |
| II.2. Différence entre psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfance et psychiatrie de l'adolescent..... | 56 |
| II.3. L'hospitalisation psychiatrique..... | 58 |
| II.4. Les troubles psychiatriques courants chez les adultes..... | 61 |
| II.5. Les facteurs de risques en santé mentale de l'adulte..... | 71 |
| II.6. Les facteurs de protections en santé mentale de l'adulte | 72 |
| II.7. L'impact de la psychiatrie sur la qualité de vie de l'adulte..... | 73 |
| II.8. Les stratégies de prévention et d'intervention de la psychiatrie de l'adulte | 75 |
| Synthèse..... | 77 |

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

| | |
|---|-----------|
| Préambule | 80 |
| 1. La Pré-enquête..... | 80 |
| 2. Les limites de la recherche | 83 |
| 3. La méthode utilisée dans la recherche | 83 |
| 4. Présentation du lieu de la recherche..... | 86 |
| 5. La population d'étude et les caractéristiques du choix | 88 |
| 6. Les outils d'investigations..... | 91 |

| | |
|---|------------|
| 7. Le déroulement de la recherche | 97 |
| 8. Les difficultés de la recherche..... | 100 |
| Synthèse..... | 100 |
| Chapitre IV : présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses | |
| Préambule | 103 |
| 1. Présentation et analyse des résultats de l'entretien et du test MMPI-2..... | 103 |
| 2. Discussion des hypothèses | 143 |
| Synthèse..... | 152 |
| Conclusion | 154 |
| Liste bibliographique | 159 |
| Annexes | 164 |

Liste des tableaux :

| N° du Tableau | Titre | Page |
|----------------------|--|-------------|
| Tableau N°1 | Les types de troubles de personnalité | 39 |
| Tableau N°2 | Tableau comparatif des critères en psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte | 57 |
| Tableau N°3 | Caractéristiques du groupe de recherche | 89 |
| Tableau N°4 | Tableau récapitulatif des résultats des six patients selon le MMPI-2 | 142 |

Liste des figures :

| N° de la figure | Titre | page |
|------------------------|-----------------------|-------------|
| N°1 | Cotation du cas « A » | 107 |
| N°2 | Cotation du cas « B » | 114 |
| N°3 | Cotation du cas « C » | 121 |
| N°4 | Cotation du cas « D » | 128 |
| N°5 | Cotation du cas « E » | 134 |
| N°6 | Cotation du cas « F » | 139 |

Liste des annexes :

| N° de l'annexe | Titre |
|-----------------------|--|
| Annexe N°01 | Guide d'entretien semi-directif |
| Annexe N°02 | Cahier de passation du MMIP-2 |
| Annexe N°03 | Feuilles de réponses du MMIP-2 |
| Annexe N°04 | Exemplaire des feuilles de Cotation du MMIP-2 |

Liste des abréviations :

APA : American Psychiatric Association (Association américaine de psychiatrie).

CIM : classification internationnal des malades mentales.

DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux).

EHS : Etablissement Hospitalier Spécialisé.

HAS : Haute Autorité de la Sante.

INSEM : Institut National de la Santé Et de la recherche Médicale.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

TCC : Thérapie cognitive comportementale.

TP : Troubles de personnalité.

Introduction

Introduction :

La psychologie est une science humaine qui cherche à comprendre les comportements, les émotions et les mécanismes mentaux de l'être humain. Elle s'intéresse à la complexité du psychisme, à ce qui fonde notre identité, nos choix, nos relations et nos souffrances. Parmi les concepts fondamentaux de cette discipline figure celui de la personnalité. Étudier la personnalité, c'est tenter de cerner ce qui fait qu'un individu est unique, dans sa manière de penser, de ressentir et d'agir face aux situations de la vie.

La personnalité se construit au fil du temps. Elle résulte d'une interaction entre les prédispositions biologiques, les expériences vécues, le milieu familial, le contexte culturel et social. Elle commence à se dessiner dès les premières années de la vie, se stabilise progressivement à l'âge adulte, mais peut rester sensible à certains événements de l'existence. Ce fonctionnement psychique singulier, propre à chacun, influence non seulement nos relations interpersonnelles, mais aussi notre rapport à nous-mêmes et à la maladie psychique.

En psychologie clinique, la personnalité n'est pas simplement un assemblage de traits. Elle est un ensemble organisé, structuré, dynamique. Elle module les réactions face au stress, au changement, à l'échec ou à la souffrance. Lorsqu'un trouble mental apparaît, il est toujours vécu, exprimé et interprété à partir du prisme de la personnalité. C'est pourquoi, dans le domaine de la psychiatrie, comprendre la structure de personnalité d'un patient est un enjeu essentiel.

L'hospitalisation en psychiatrie est un moment particulier dans la vie d'un patient. Elle survient souvent dans un contexte de désorganisation psychique, de rupture dans le lien social ou de détresse psychologique importante. Dans ce cadre, la manière dont un individu va réagir à son hospitalisation, établir une

relation avec l'équipe soignante, accepter ou refuser le traitement, dépend fortement de son fonctionnement de personnalité.

Cependant, dans la pratique hospitalière, l'attention se porte généralement sur les symptômes visibles : hallucinations, idées délirantes, agitation, repli... La personnalité est souvent laissée de côté dans l'évaluation initiale. Or, celle-ci pourrait éclairer le sens de certains comportements, anticiper les réactions, et permettre une meilleure adaptation des soins. Un patient qui paraît distant ou agressif peut en réalité fonctionner selon un mode de défense spécifique à sa structure psychique.

Ce travail de recherche s'inscrit dans une volonté d'approfondir la compréhension des profils de personnalité chez les patients adultes hospitalisés en psychiatrie. Il s'appuie sur une approche intégrative, c'est-à-dire une lecture croisée de différentes disciplines : psychologie clinique, psychanalyse, psychiatrie, et psychologie différentielle. Cette approche permet de mieux cerner la richesse et la complexité des fonctionnements psychiques rencontrés en milieu hospitalier.

Ce mémoire est structuré en deux parties principales :

La première partie, théorique, explore les grands modèles de la personnalité, les classifications nosographiques, les troubles de la personnalité, et la relation entre psychiatrie et âge adulte. Elle offre une base conceptuelle solide pour comprendre les enjeux cliniques liés à l'hospitalisation.

La seconde partie, pratique, repose sur une recherche menée dans le service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir à Béjaïa. Elle s'appuie sur six études de cas et utilise des outils cliniques et psychométriques (notamment le MMPI-2) pour analyser les structures de personnalité les plus représentées dans ce contexte.

En complément de ces deux parties, ce mémoire comprend également une liste des annexes, contenant les outils d'investigation utilisés, une conclusion générale qui revient sur les résultats et leurs implications cliniques, ainsi qu'une liste bibliographique regroupant l'ensemble des sources théoriques et scientifiques ayant alimenté cette recherche.

L'objectif principal de ce mémoire est de dégager les profils de personnalité les plus fréquents chez les adultes hospitalisés, d'en décrire les principales caractéristiques, et de réfléchir aux implications de ces profils dans la prise en charge thérapeutique. Il vise également à sensibiliser les professionnels à l'importance d'une évaluation globale du patient, incluant non seulement les symptômes psychiatriques, mais aussi les dimensions profondes de sa personnalité.

En guise de conclusion, ce travail souligne la nécessité de replacer l'individu au cœur du soin, de dépasser les simples diagnostics pour accéder à une compréhension plus fine, plus humaine et plus respectueuse de la singularité de chaque patient. Intégrer la personnalité dans l'approche thérapeutique, c'est reconnaître que derrière chaque trouble, il y a un sujet en quête de sens, un être en souffrance, mais aussi porteur de ressources et de potentiel d'évolution.

Cadre méthodologique de la recherche

1. Problématique :

La psychiatrie, en tant que discipline médicale, vise à comprendre, diagnostiquer et traiter les troubles mentaux. Parmi ces derniers, les troubles de la personnalité se distinguent par leur caractère durable et envahissant, influençant profondément les schémas de pensée, les comportements et les interactions sociales des individus. Contrairement aux troubles psychiatriques aigus, qui se manifestent souvent par des épisodes distincts de souffrance psychique, les troubles de la personnalité traduisent un mode de fonctionnement rigide et inadapté, ancré dès l'adolescence ou le début de l'âge adulte (période de la vie qui débute après l'adolescence et s'étend jusqu'à la vieillesse, caractérisée par une relative stabilité des traits de personnalité, bien que des évolutions puissent survenir sous l'effet de facteurs environnementaux et de troubles psychiques).

En milieu hospitalier, la prise en charge des patients adultes en psychiatrie (branche de la médecine dédiée à l'étude, au diagnostic, à la prévention et au traitement des troubles mentaux) se focalise généralement sur les troubles psychiatriques dits « majeurs », tels que la schizophrénie, les troubles bipolaires ou les dépressions sévères. Dans ce contexte, les profils de personnalité (schémas de pensée, d'émotions et de comportements relativement stables influençant l'adaptation d'un individu à son environnement, classifiés en psychopathologie selon des modèles comme celui du DSM-5) des patients hospitalisés sont souvent relégués au second plan, alors qu'ils influencent pourtant considérablement l'évolution clinique et la réponse aux soins. Un patient hospitalisé pour un épisode psychotique ou un trouble de l'humeur peut, par exemple, présenter des traits de personnalité qui compliquent son parcours clinique sans que ceux-ci ne soient systématiquement évalués. Cette méconnaissance des profils de personnalité peut conduire à des difficultés relationnelles entre soignants et

patients, des hospitalisations prolongées ou des rechutes fréquentes (ce que nous avons pu constater lors de nos lectures et observations cliniques).

Plusieurs études ont mis en évidence cette problématique. *Torgersen et al. (2001)* soulignent que les troubles de la personnalité sont souvent sous-diagnostiqués en raison de leur cooccurrence avec d'autres pathologies psychiatriques. (*Torgersen, S., Kringlen, E. et Cramer, V. (2001)*).

Zanarini et al. (2000) ont démontré que les patients borderline, en particulier, manifestent souvent des comportements impulsifs et conflictuels, qui peuvent être interprétés à tort comme une résistance aux soins. Cette mauvaise interprétation complique la relation soignant-soigné et peut mener à des hospitalisations prolongées ou des rechutes fréquentes (une problématique qui nous a particulièrement marqués en lisant des témoignages de professionnels de la psychiatrie). (*Zanarini, M. C., Frankenburg, F. R., Reich, D. B., Marino, M. F., Lewis, R. E., Williams, A. A. et Khera, G. S. (2000). Biparental failure in the childhood experiences of borderline patients. Journal of Personality Disorders, 14(3), 264-273. <https://doi.org/10.1521/pedi.2000.14.3.264>*).

Par ailleurs, la psychiatrie hospitalière accorde généralement plus d'attention aux troubles psychiatriques dits « majeurs » qu'aux troubles de la personnalité. *Oldham et al. (2014)* soulignent que cette tendance entraîne une prise en charge incomplète des patients et limite l'efficacité des soins. (*Oldham, J. M., Skodol, A. E., Buckholtz, J. W., Dyck, I. R., Keefe, R. S. E., Arntz, A., Siever, L. J., & Gabbard, G. O. (2014). The structure of DSM-5 personality disorder prototypes. Journal of Psychiatric Research, 56, 56-63. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.05.010>*).

Un autre problème fondamental réside dans l'évaluation des troubles de la personnalité en milieu hospitalier. Si des outils psychométriques comme le

« Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) » ont prouvé leur efficacité pour identifier ces troubles (*Butcher et al., 2001*), leur utilisation reste limitée dans les services de psychiatrie hospitalière, souvent en raison du manque de temps et de formation du personnel. Pourtant, une meilleure évaluation permettrait d'adapter les stratégies thérapeutiques et d'améliorer la prise en charge des patients (« une réflexion qui nous est venue en comparant différentes approches d'évaluation utilisées en milieu hospitalier (*utcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G., & Kaemmer, B. (2001).* **Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2 (MMPI-2): Manuel d'administration, de cotation et d'interprétation** (Édition revue, Trad. A. Dupuis & M. Rossini). Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. (Ouvrage original publié en 1989).

Ainsi, il apparaît nécessaire de repenser l'approche hospitalière face aux troubles de la personnalité. Plutôt que de les considérer comme secondaires, ils devraient être pleinement intégrés à l'évaluation clinique et aux décisions thérapeutiques. Cette reconnaissance permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de prévenir les complications liées à une prise en charge inadaptée « une perspective qui nous a semblé particulièrement pertinente au regard des recherches récentes sur l'individualisation des soins en psychiatrie ».

Dès lors, il devient essentiel de s'interroger sur la représentation des profils de personnalité. Plus précisément :

- Quels sont les types de profils de personnalité les plus fréquemment rencontrés chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie ?

1. Les hypothèses de la recherche :

Les types de profils de personnalité les plus fréquemment rencontrés chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie sont de différentes allures psychotique, névrotique ou relevant des états limites.

2. Définition et opérationnalisation des concepts clés :

- ***La personnalité :***

Définition théorique :

C'est l'ensemble des caractéristiques psychologiques relativement stables et permanentes qui conduisent une personne à afficher un comportement cohérent. (ALAIN DASTOUS, 2014,p. 48).

Définition opérationnel :

C'est l'ensemble des traits qui caractérisent un individu et ces traits dépendent de facteurs innés qui proviennent de l'hérédité et de facteur acquis apportés par l'expérience familiale ou personnelle ou sociale.

- ***L'âge adulte :***

Définition théorique :

L'âge adulte est une étape du développement humain caractérisée par la maturité physique, cognitive et psychosociale, où l'individu assume des rôles sociaux et des responsabilités stables, tels que la carrière professionnelle, la vie familiale et l'engagement social (Erikson, 1963 ; Levinson, 1978).

Définition opérationnel :

Dans cette étude, l'âge adulte est défini par trois dimensions observables :

Biologique : Individus âgés de 25 à 65 ans.

Psychosociale :

Autonomie financière (revenus stables)

Engagement dans des relations stables (union, parentalité)

Participation sociale active (travail, associations)

Légale : Pleine capacité juridique et responsabilité civile

- ***L'hospitalisation :***

Définition théorique :

L'hospitalisation est un processus médical par lequel un patient est admis dans un établissement de santé pour y recevoir des soins, des traitements ou une surveillance médicale spécialisée en raison d'un problème de santé aigu ou chronique (*HAS, 2018*).

Définition opérationnel :

Dans cette étude, l'hospitalisation est définie comme le séjour d'un patient dans un établissement hospitalier public ou privé, pour une durée variable, motivé par :

1. Une prise en charge diagnostique (examens, bilans).
2. Un traitement médical ou chirurgical.
3. Une surveillance continue.

- ***La psychiatrie :***

Définition théorique :

La psychiatrie est une spécialité médicale consacrée au diagnostic, au traitement et à la prévention des troubles mentaux, en intégrant une approche biopsychosociale (*OMS, 2022*).

Définition opérationnel :

Est une spécialité médicale qui s'occupe de la prévention, du diagnostic et du traitement des troubles mentaux, émotionnels et comportementaux.

- ***La psychose :***

Définition théorique :

Trouble mental grave caractérisé par une altération de la relation à la réalité, avec présence de symptômes productifs (délires, hallucinations) et une désorganisation de la pensée (*DSM-5, 2013*).

Définition opérationnel :

Désigne un trouble grave du fonctionnement psychique, caractérisé par une perte de contact avec la réalité, pouvant se manifester par des délires, des hallucinations ou une altération du jugement.

- ***La névrose :***

Définition théorique :

Trouble psychique caractérisé par des conflits intrapsychiques générant une souffrance émotionnelle, sans perte de contact avec la réalité (*Freud, 1894 ; CIM-10*).

Définition opérationnel :

Désigne un trouble psychique dans lequel la réalité est préservée, mais où le sujet souffre de conflits internes, souvent liés à l'anxiété, qui se traduisent par des symptômes comme les phobies, les obsessions ou l'anxiété.

- ***L'état limite :***

Définition théorique :

Trouble de la personnalité caractérisé par une instabilité émotionnelle, des relations interpersonnelles chaotiques, une perturbation de l'image de soi et des comportements impulsifs (*DSM-5, 2013*).

Définition opérationnel :

Désigne une organisation psychique marquée par une instabilité émotionnelle, des relations interpersonnelles intenses et changeantes, une image de soi fluctuante et une difficulté à réguler les affects, souvent avec des passages à l'acte.

3. Les raisons du choix du thème :

- Comprendre comment les traits de personnalité influencent le vécu de la maladie et de l'hospitalisation.
- Approfondir la connaissance des structures de personnalité fréquemment rencontrées en psychiatrie.
- Aller au-delà des diagnostics pour mieux saisir la singularité de chaque patient.
- Mieux adapter l'approche thérapeutique en fonction du profil de personnalité du patient.
- Articuler les apports théoriques à la réalité clinique observée sur le terrain.
- Développer une posture clinique plus fine, empathique et individualisée.
- Répondre à un intérêt personnel pour la complexité psychique et la richesse des fonctionnements humains en contexte de souffrance.

4. Les objectifs de la recherche :

- Identifier et analyser les profils de personnalité chez des patients adultes hospitalisés en psychiatrie.
- Mieux comprendre leurs caractéristiques psychologiques et leurs modes de fonctionnement.
- Explorer les éventuels liens entre les traits de personnalité et les troubles psychiatriques présentés.
- Enrichir la compréhension clinique des patients.
- Contribuer à une prise en charge plus adaptée.

Partie théorique

Chapitre I :
La personnalité

Préambule:

Le sujet de la personnalité est l'un des plus grands thèmes en psychologie, car il s'intéresse à l'étude des comportements, des pensées et des sentiments d'un individu. Cette étude permet d'introduire les éléments fondamentaux abordés dans ce chapitre: tels que l'aperçu historique de la personnalité, les diverses définitions données ou concept de la personnalité, les déterminants, ces types et ces traits et on va aborder les théories des cinq facteurs de Big-five, aussi les modèles théoriques de la personnalité et en fin on va présenter les troubles de la personnalité.

1. Aperçu historique sur la personnalité:

Historiquement, personnalité vient du mot latin persona, persona désigne le masque de théâtre qu'un acteur portait pour exprimer différentes émotions et attitudes, il était en effet d'usage à l'époque d'utiliser des artifices pour évoquer au public les caractéristiques de l'auteur, il est important de considérer que ces masques n'étaient en rien des déguisements mais simplement des attitudes faciales spécifiques qui donnaient naissance à des interprétations communes. Ce dernier point est évidemment de la plus haute importance: le public devait décoder l'information véhiculée par ces masques de la même manière, il ne devait y avoir aucune ambiguïté ...nous verrons que de nos jours, la personnalité est bien entendu beaucoup plus complexe qu'un simple jeu de rôle, puisque entre autres, elle caractérise la façon dont une personne se comporte habituellement.

Toujours il est intéressant de noter que ces masques du théâtre antique que les acteurs arboraient pour véhiculer des émotions et des attitudes présentaient des caractéristiques assez semblables à celle que l'on attribue actuellement à la notion de personnalité.

En premier lieu, les acteurs ne changeaient pas de masque tout au long de la pièce, de même qu'il est reconnu que la personnalité reste inchangée au cours de la vie d'un individu. En deuxième lieu, le public pouvait construire différentes représentations mentales pour chaque acteur et pouvait anticiper et prévoir leur comportement, tout comme il est reconnu que les individus anticipent certaines actions comportementales de la part des personnes qui les entourent. De ce fait, cette conception permettait aux spectateurs d'avoir « une image stable et cohérente » des acteurs, telle que nous pouvons également avoir une représentation « stable et cohérente » des personnes que nous côtoyons au quotidien. En troisième lieu, les masques portés par les acteurs existaient au nombre restreint de douze, de même qu'aujourd'hui il est admis que l'individu se limite à des conduites restreintes et homogènes.

Dans l'antiquité, *persona* avait donc des significations proche de ce qu'il est admis d'appeler aujourd'hui la personnalité: les aptitudes et les capacités personnelles, ce qui nous distingue de des autres et ce qui convient à certains comportements cependant *persona* signifiait aussi ce que nous paraissions sans l'être, le rôle que nous jouons. Or ces deux caractéristiques ne sont évidemment pas aujourd'hui attribuables à la personnalité telle qu'on peut la concevoir actuellement.

D'ailleurs l'évolution ultérieure de *persona* influencé tout d'abord par le langage théologique et ensuite par le langage scientifique lui enlève son aspect d'inauthenticité : c'est avant tout l'être est non le paraître ainsi, au fil du temps, la notion de personnalité a perdu sa connotation d'illusion et de théâtre pour designer la manière dans une personne se comporte habituellement. (*Michel Hansenne, 2003*).

On peut dire à partir de tout ce qui précède que lorsque nous parlons de personnalité, nous évoquons bien plus qu'un masque figé: nous pensons à cette alchimie unique de traits, d'émotions et d'expériences qui nous définit.

Pourtant, il est fascinant de constater que, malgré les siècles, nous conservons cette idée d'une identité lisible par les autres – comme si, inconsciemment, nous portions encore des personae modernes, des facettes que le monde interprète pour nous comprendre. Mais contrairement aux acteurs antiques, nous ne nous limitons plus à douze rôles: notre richesse intérieure réside dans nos nuances, nos contradictions, et cette capacité à évoluer tout en restant nous-mêmes.

2. Définitions de la personnalité:

Le terme Personnalité vient du grec : persona qui signifie « masque de théâtre » le concept de personnalité est donc étymologiquement lié à la notion de rôle joué par l'individu dans un contexte et face à un public .il comporte plusieurs significations : ainsi avoir de la personnalité ou être une personnalité qui ont des sens singuliers ; suscitent généralement la reconnaissance social.

L'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993: Définit la personnalité comme l'ensemble des patterns implanté de pensées, sentiments et comportements qui caractérisent le style de vie particulier à un individu et son mode d'adaptation .ils résultent de facteur constitutionnels développementaux et du vécu social. (*Erika Marie, 2012*).

La personnalité est l'objet le plus complexe étudié par la psychologie. En effet, c'est un terme polysémique dont il existe de nombreuses définitions. Dès 1937, allport en recense 50 différentes définitions. Il existe donc à l'heure actuelle de très nombreuses définitions de la personnalité et quasiment tous les grands psychologues en donner une. (*Jean-luc bernaude, 1998*).

Selon allport (1937): La personnalité est une organisation dynamique au sein de l'individu de système psychophysiologique qui détermine son comportement caractéristique et ses pensées. La personnalité est une entité unique qui traduit la façon dont une personne pense, réfléchit, agit, et se

comporte dans différentes situations, c'est une organisation dynamique c'est à dire qu'elle n'est pas le fruit d'un élément passif ; mais elle est constituée par de nombreuses pièces qui interagissent entre elles et avec l'environnement.

(Erika Marie MORLON, 2012).

Selon Cattell (1950): Définit la personnalité comme ce qui permet une prédiction de ce que va faire une personne dans une situation donnée. *(Erika Marie MORLON, 2012).*

Selon Byrne: La personnalité est une combinaison de toutes les dimensions relativement durable de différences individuelles qui peuvent être mesurées. *(Erika Marie MORLON, 2012)*

Selon Eysenck (1953): La personnalité est une organisation plus ou moins fermée et durable du caractère, du tempérament, de l'intelligence et de la physique d'une personne cette organisation détermine son adaptation unique au milieu *(Erika Marie MORLON, 2012)*

La personnalité individuelle se retrouve sous diverses influences (familiale ou professionnelle). L'influence familiale demeure la plus importante et la plus durable.

Selon Gaston Berger (1965): elle s'exerce la première et reste sans concurrence pendant plusieurs années. L'enfant reçoit de sa famille des habitudes, des croyances, des attitudes, des systèmes de valeur qui modèlent sa personnalité, fortement déterminée également par les conflits familiaux et les frustrations subies. Plus tard, d'autres influences apportées par le milieu professionnel, le cadre religieux ou les rencontres de la vie s'y associent afin de façonner la personnalité adulte. *(Erika Marie MORLON, 2012).*

Selon les trois instances de la seconde topique freudienne la personnalité n'est pas une organisation d'instances; elle est constitution d'attitudes au sein des comportements. Ainsi s'élabore l'image de soi au travers des conflits de la

socialisation: la personnalité a donc trois fonctions psychologiques: le contrôle, l'identification, l'investigation.

La personnalité se révèle être bien plus qu'un simple masque social hérité du théâtre antique. Elle représente plutôt cette alchimie complexe entre nos dispositions innées et nos expériences de vie, entre ce que nous recevons et ce que nous façonnons. Aujourd'hui, les psychologues nous montrent que si certains traits restent stables, nous gardons toujours une marge de liberté pour nous réinventer.

3. Les déterminants de la personnalité:

La personnalité naît de l'interaction entre nos gènes et notre environnement. L'ADN esquisse nos traits, mais l'expérience les sculpte, faisant de chacun une œuvre unique, sans cesse réécrite.

Les déterminants génétiques:

Les facteurs génétiques jouent un rôle essentiel dans la formation de la personnalité notamment en ce qui a trait à la singularité de chaque individu, le développement de la personnalité reflète l'interaction des facteurs génétiques et environnementaux.

De nombreux psychologues ont traditionnellement souligné l'influence des facteurs génétiques et environnementaux dans le fonctionnement global de la personnalité. Des théoriciens ont admis récemment que cette influence pouvait varier selon la caractéristique de la personnalité. Ainsi, les facteurs génétiques jouent en générale un rôle clé dans le développement de l'intelligence et du tempérament et un rôle beaucoup moins important dans celui des valeurs, des idéaux et des croyances.

Selon des psychologues, de nombreux modes de comportements révèlent de notre patrimoine évolutif et se rapportent à des gènes

que nous partageons avec les nombres d'autres espèces animale malgré notre propension à croire que les gènes contribuent grandement à nous différencier les uns des autres, nous nous devons pas oublier la part importante de la structure génétique que nous avons en commun avec les autres nombres de notre espèce et avec ceux d'autre espèces animale.

Les psychologues qui mettent au premier plan les émotions fondamentales (la colère, la tristesse la joie, le dégoût la peur) laissent entendre que les émotions sont innées c'est-à-dire l'information pertinentes est codée dans nos gènes, et cela ne veut pas dire que l'expérience ne joue pas un rôle dans les émotions les gènes contribuent à façonner nos ressemblance entant que être humain et nos différences entant qu'individu. (*Pervin et john, 2005*).

Les déterminants environnementaux:

Les déterminants environnementaux englobent les influences qui nous rendent semblables à autrui de même que les expériences qui font de nous des êtres uniques.

Les déterminantes culturels:

Parmi les déterminants environnementaux de la personnalité, les expériences individuelles que nous vivons en tant que nombre d'une culture donné sont primordiale et chaque culture possède ces propre mode institutionnalisés et éprouve des comportements acquis, de rituels et de croyances et cela signifie que les mêmes membres de la famille partagent certain caractéristique de la personnalité.

Nous négligeons ces influences culturelle jusqu'à ce que nous entrons en contact avec les membres d'une autre culture dont la vision différente du monde remet en question la nôtre même si nous considérons ces influence comme allant de soi, leurs effets et énorme il agit presque sur tous les aspects de notre existence la façon de définir nous besoins et comment les satisfaire et

la façon dont nous exprimons nos sentiments et nos relations avec autrui.
(Pervin et John, 2005).

Les déterminants familiaux:

Si certains facteurs environnementaux comme la classe sociale, la culture sont à l'origine de la similitudes entre les individus d'autre entraîne des variations considérables dans le développement de la personnalité, c'est le cas de la famille, le milieu familial peut être chaleureux aimant ou hostile surprotecteur et possessif ou sensible au besoin de la liberté et de l'autonomie de l'enfant chaque, le mode de comportement parentale a un effet sur le développement de la personnalité de l'enfant.

Des recherches se sont récemment demandé pour quoi les enfants de la même famille étaient si différents. La différence réside non seulement dans les différences constitutionnelle (biologique) entre frères et sœurs mais aussi dans les expériences variées qu'ils vivent dans leurs familles et à l'extérieure de celle-ci.

Donc le milieu familial a une grande contribution dans la formation de la personnalité (pervin et john, 2005).

4. Les types et les traits de la personnalité:

1- Les types de la personnalité:

Les types de personnalité sont des catégories psychologiques permettant de classifier les individus selon des traits dominants, comportements et réactions émotionnelles. Ces classifications visent à décrire les différences entre individus et à comprendre comment ces différences influencent leurs interactions avec le monde. Plusieurs théories ont été proposées pour expliquer les types de personnalité, chacune ayant son propre cadre conceptuel et ses

critères de classification. Cet exposé détaillé présente les théories les plus influentes sur les types de personnalité et leurs applications.

La théorie des types de Carl Jung:

L'une des théories les plus connues sur les types de personnalité est celle de Carl Gustav Jung, psychologue suisse et fondateur de la psychologie analytique. Jung a introduit un modèle selon lequel la personnalité humaine se divise en deux grandes catégories de base: l'extraversion et l'introversion, et quatre fonctions cognitives: la pensée, le sentiment, la sensation et l'intuition (Jung, 1921, p. 14).

A. Les deux attitudes: Extraversion vs Introversion

Jung définit deux attitudes fondamentales: l'extraversion et l'introversion, qui se réfèrent à la direction de l'énergie psychique.

Extraversion: L'énergie est dirigée vers le monde extérieur, les individus extravertis sont sociables et cherchent à se connecter avec les autres.

Introversion: L'énergie est tournée vers le monde intérieur. Les introvertis privilégient la réflexion personnelle et les activités solitaires. (Jung, 1921, p. 25) explique que cette distinction fondamentale détermine la manière dont une personne interagit avec son environnement et influence sa manière de traiter les informations et de prendre des décisions.

B. Les quatre fonctions psychologiques:

Les individus peuvent également se distinguer par quatre fonctions cognitives qui gouvernent leur façon de percevoir et de juger le monde:

Pensée: Les personnes qui privilégient la pensée analysent les informations de manière logique et objective.

Sentiment: Ceux qui privilégient le sentiment prennent des décisions en fonction de leurs valeurs personnelles et de l'impact émotionnel.

Sensation: Ceux qui utilisent la sensation se concentrent sur les détails concrets et l'information sensorielle immédiate.

Intuition: Les individus intuitifs sont plus préoccupés par les possibilités futures et les concepts abstraits.

Ainsi, les types de personnalité selon *Jung* sont le résultat de la combinaison de ces attitudes et fonctions. Par exemple, un Extraverti Pensée serait une personne pragmatique et rationnelle, tandis qu'un Introverti Sentiment serait plus réfléchi et axé sur ses valeurs émotionnelles (*Jung, 1921, p. 42*).

La typologie de William Sheldon:

Un autre modèle important dans l'étude des types de personnalité est celui de William Sheldon, qui, dans les années 1940, a proposé que la morphologie physique des individus pouvait être liée à leurs traits de personnalité. Sheldon a développé une typologie fondée sur trois grands types somatiques: endomorphe, mésomorphe et ectomorphe (*Sheldon, 1940, p. 53*).

A. Les types somatiques de Sheldon:

Endomorphes: Ils ont une silhouette ronde et sont perçus comme chaleureux, sociables et aimant les plaisirs sensoriels. Ils ont tendance à être affectueux et détendus.

Mésomorphes: Ces individus ont un physique musclé. Ils sont souvent compétitifs, dynamiques et énergiques, avec une forte confiance en eux.

Ectomorphes: Leur silhouette est fine et élancée. Les ectomorphes sont généralement introvertis, anxieux et plus enclins à l'introspection.

Bien que cette approche ait été critiquée pour sa réduction excessive de la personnalité à la morphologie, elle a jeté les bases d'une compréhension interdisciplinaire des relations entre le corps et l'esprit (*Sheldon, 1940, p. 67*).

Le modèle de Kretschmer:

Erwin Kretschmer, psychiatre allemand, a développé une théorie sur la relation entre la morphologie physique et la personnalité. Dans son modèle, Kretschmer identifie trois types corporels associés à des traits de personnalité spécifiques:

Pycnique: Ce type physique est plutôt rond et corpulent. Psychologiquement, les pycniques sont généralement sociables, émotionnels, et peuvent être sujets à des états de dépression.

Asthénique: Caractérisé par une silhouette maigre, l'asthénique est souvent introverti, anxieux et subjectif, avec une tendance à la mélancolie.

Athlétique: Ce type est défini par un corps musclé. Les athlétiques sont dynamiques, extravertis et équilibrés, avec une forte énergie physique et mentale (*Kretschmer, 1921, p. 78*).

Le modèle de Kretschmer relie ainsi la constitution physique à des traits psychologiques spécifiques, bien qu'il ait été critiqué pour son manque de preuves empiriques et ses simplifications (*Kretschmer, 1921, p. 82*).

2-Traits de la personnalité:

Selon All port (1937): un trait est un « système neuropsychique généralisé et focalisé ayant la capacité de rendre différents stimuli fonctionnellement équivalents et d'activer et guider de façon cohérente (ou équivalente) plusieurs formes de comportement adaptatif et expressif ». (*Julien Morizot, 2003*).

Selon Eysenck (1970): Considère aussi la personnalité comme étant « une combinaison de traits que la personne manifeste dans différentes situations et qui demeure stable dans le temps » (*julien Morisot, 2003*).

Selon Tellegen (1991): A proposé qu'un trait soit une structure organismique (i.e., psychologique et biologique) inférée, relativement durable,

qui sous-tend une famille de prédispositions cognitives, émotives et comportementales. (*Julien Morizot ,2003*).

Un trait ou dimension : Est « une disposition interne ,relativement générale et permanente ,plus ou moins marqué selon les individus et ayant une valeur explicative du comportement hutteau.(Mikhaél Vandeuren . JeanPierre Vandeuren, 2017).

Les types de traits:

Selon Cattell, l'unité structurelle de base est le trait de personnalité, défini plus tôt comme une disposition. la définition de qu'on donne au concept de trait suppose que le comportement obéit a une certaine stabilité au travers du temps et de situations. Il est possible d'opéré bien des distinctions entre les traits, cependant deux d'entre elle revêtent une importance particulière. La première permet de différencier les traits d'aptitude, les traits de tempérament et les traits dynamique et la deuxième de différencier les traits de surface et les traits de source.

A. Les traits d'aptitude désignent les capacités et les aptitudes qui permettent à l'individu d'agir avec efficacité.

B. Les traits de tempérament renvoient a la vie affective et au style de comportement .la tendance à travailler rapidement ou lentement à se montrer en générale calme ou émotif, à agir après avoir réfléchi ou impulsivement, est lié aux traits de tempérament qui varie selon les individus .

C. Les traits dynamiques se rapportent aux motivations qui poussent l'individu à agir, aux types de buts qui lui importent. La distinction entre les traits de surface et les traits source concernant le niveau du comportement.

D. Les traits de surface exprime des comportements qui a un niveau superficiel semble aller de pair mais qui dans les faits peuvent ne pas varier simultanément et non pas forcément la même cause.

E. Le trait de source, en revanche, révélé que certains comportements sont associés, il varie simultanément et forment une dimension de la personnalité unitaire et indépendante. (*Pervin John, 2005*).

5. La théorie des cinq facteurs de la personnalité de Big-Five:

La théorie des cinq grands facteurs de la personnalité, également connue sous le nom de modèle Big Five, est l'un des cadres théoriques les plus largement acceptés dans le domaine de la psychologie de la personnalité. Ce modèle postule que la personnalité humaine peut être décrite à travers cinq dimensions fondamentales: l'ouverture à l'expérience, la conscienciosité, l'extraversion, l'agréabilité et le neuroticisme. Ces cinq dimensions permettent de décrire et de comprendre les différences individuelles de manière systématique et robuste. Cette théorie repose sur des recherches empiriques fondées sur des analyses statistiques, notamment des études de facteurs, qui ont permis de réduire la complexité des comportements humains à ces cinq grands traits (*Costa & McCrae, 1992, p. 344*).

Les cinq facteurs de modèle Big-Five: définition et caractéristiques:

- *L'ouverture à l'expérience:*

L'ouverture à l'expérience se réfère à la tendance d'un individu à être curieux, créatif, imaginatif et prêt à explorer de nouvelles idées et expériences. Les personnes ayant un score élevé dans ce facteur sont souvent perçues comme originales et intéressées par l'art, la culture et les idées abstraites. En revanche, celles ayant un faible score dans ce domaine sont souvent plus traditionnelles et résistantes au changement (*McCrae & Costa, 2004, p. 75*).

- *La conscienciosité:*

La conscienciosité fait référence à l'autodiscipline, à la fiabilité et à l'orientation vers l'accomplissement des objectifs. Les individus consciencieux

sont organisés, méthodiques et capables de contrôler leurs impulsions pour atteindre leurs buts. Ceux qui ont un faible score en conscienciosité peuvent être perçus comme impulsifs, négligents ou manquant d'organisation (*Costa & McCrae, 1992, p. 348*).

- L'extraversion:

L'extraversion est caractérisée par la recherche de stimulation et d'interactions sociales. Les individus extravertis sont énergiques, sociables, et ont tendance à rechercher la compagnie des autres. À l'opposé, les introvertis sont plus réservés, préfèrent la solitude ou les petites interactions et peuvent se fatiguer rapidement en présence de grands groupes (*McCrae & Costa, 2004, p. 78*).

- L'agréabilité:

L'agréabilité concerne la tendance à être altruiste, coopératif, et compatissant envers les autres. Les personnes agréables sont souvent perçues comme gentilles, empathiques et bienveillantes. En revanche, celles ayant un faible score en agréabilité peuvent être plus compétitives, antagonistes ou même manipulatrices (*Costa & McCrae, 1992, p. 352*).

- Le neuroticisme:

Le neuroticisme est le degré de stabilité émotionnelle et la tendance à éprouver des émotions négatives comme l'anxiété, la tristesse, la colère ou la nervosité. Les individus à faible neuroticisme sont généralement plus calmes, résilients et émotionnellement stables, tandis que ceux ayant un score élevé sont plus susceptibles de réagir de manière excessive aux situations stressantes (*McCrae & Costa, 2004, p. 81*).

6. Les modèles théoriques de la personnalité:

Il existe autant d'approches de la personnalité. Chaque époque a vu naître une théorie de la personnalité différente. Certains auteurs proposent des modèles explicatifs du développement et du fonctionnement de la personnalité, D'autres proposent une approche descriptive qui vise à caractériser la personnalité, l'approche psychanalytique, psychobiologique.

1- Approche psychanalytique:

L'approche psychanalytique de la personnalité a été élaborée par *Sigmund Freud (1856-1939)*, la conception proposée par Freud est originale et novatrice, elle repose entièrement sur un modèle idiographique: la personnalité ne peut pas être comprise que dans une perspective globale, prenant en compte à la fois son économie et son caractère dynamique.

Freud révolutionne la conception du fonctionnement psychique en accordant une part essentielle à l'inconscient comme déterminant de la conduite et à la sexualité comme le fil conducteur du comportement. La version structurelle de la personnalité chez Freud implique que celle-ci est organisée par un jeu de force dynamique. Les pulsions, systèmes d'énergies non biologiques, orientent les choix individuels et participent à l'émergence du conflit.

La première théorie freudienne a été élaborée en 1900 dans son livre (l'interprétation des rêves), élabore un modèle pour décrire la vie psychique en fonction du degré de conscience que nous avons des phénomènes : la conscience se rapporte aux phénomènes dont nous sommes conscients à un moment donné, le préconscient aux phénomènes dont nous pouvons être conscient si nous y prêtons attention, l'inconscient aux phénomènes qui sont inconscients et dont la prise de conscience est impossible sauf dans des circonstances spéciales.

Sa deuxième théorie, développée en 1923, distingue dans l'appareil psychique trois Instances: le système du ça, du Surmoi et du Moi. (*Erika Marie MORLON, 2012.*)

- **Le « Ca »:** est régi par le principe de plaisir et les processus primaire il contient les pulsions et se montre incapable de tolérer les frustrations ou de différer la recherche du plaisir.
- **Le « Moi »:** fonctionnant selon les processus secondaire joue un rôle d'arbitre :il correspond a une forme de pesées rationnelle qui applique les règles de principe de réalité.
- **Le « Surmoi »:** est une instance de contrôle en partie consciente, qui intériorise les normes parentales et s'oppose aux poussées pulsionnelles (*Jean-Luc bernaud, 1998*).

2-Approche cognitive:

La cognition est l'ensemble des activités par lesquelles toutes les informations sont traitées par un appareil psychique, comment il les reçoit, les sélectionne, les transforme et les organise, et construit des représentations de la réalité et élabore des connaissances (*Codol, 1989*). *Erika Marie MORLON, 2012*).

Selon l'approche cognitive, les différences individuelles en matière de conduite pourraient être expliqué par la manière dont le sujet traite l'information en provenance de L'environnement. Tournant radicalement le dos aux approches behavioriste pour s'intéresser à la boîte au contenu de la boîte noire, les tenants de l'approche cognitive et celui de la conation (*JeanLuc Bernaud, 1998*).

Cette théorie met l'accent sur le rôle des processus de pensées (contenu et mécanisme de pensée) dans le développement de la personnalité. (*Erika Marie MORLON, 2012*).

Dans la théorie des construits personnels de **Kelly** découle essentiellement du travail clinique effectué auprès de clients en thérapie et elle envisage la personne dans sa globalité comme la souligné **Kelly**, la théorie des construits personnels ne s'intéresse pas en premier aux personnes en tant que membre d'un groupe, ni à une partie de la personne elle-même en tant qu'individu. Le clinicien ne doit pas fragmenter le client, ni ramener l'ensemble de ses difficultés à une seule question il doit plutôt envisager l'individu sous plus d'un angle à la fois même si elle a des points communs avec d'autres théories cliniques, la théorie de Kelly diffère largement des théories de Freud et Rogers. Elle interprète le comportement en fonction de la cognition, c'est-à-dire quelle est axée sur la façon dont nous percevons les événements, dont nous les interprétons en relation avec la structure existante et dont nous nous comportons en relation avec les interprétations.

Pour Kelly, un construit est une façon de percevoir ou d'interpréter les événements ; par exemple, les gens interprètent souvent les événements selon un construit « bien –mal ». Le système de construits personnels d'un individu comprend à la fois les construits dont il dispose les façons d'interpréter les événements et les relations entre les construits. (*Pervin John, 2005*).

Cette théorie s'intéresse donc aux processus mentaux qui sous-tendent l'acquisition de l'information : on parle alors de traitement de l'information. Ce qui est important, c'est la façon dont les informations sont stockées dans la mémoire et leur organisation afin d'être réutilisables. (*Erika Marie MORLON, 2012*).

3-Approche behavioriste et comportementale:

Sous ce terme sont rassemblées des théories qui ont en commun : Les mécanismes essentiels du développement et du fonctionnement de la Personnalité sont les réactions à des stimulations. Admettre une approche objective de la personnalité c'est-à-dire l'étude de ses réactions observables en ne prenant pas en compte l'étude du vécu du patient.

Rotter (1954) fut l'un des premiers à accorder une place considérable à l'environnement et à ses conséquences sur les comportements: il pense que l'environnement peut contrôler les comportements; ainsi, la plupart des comportements des sujets sont dictés par leurs attentes. Il distingue des individus avec des lieux de contrôle (locus of control) internes, qui attribuent le lien entre leurs comportements et leurs renforcements à des variables personnelles, et des individus avec des lieux de contrôle externes qui attribuent le lien entre les comportements et leurs conséquences à des facteurs externes. (*Erika Marie MORLON, 2012*).

Dans l'approche behavioriste, on influe sur les variables environnements et on observe les conséquences de ces modifications sur le comportement. Alors que les théories psycho- dynamiques mettent l'accent sur les causes internes du comportement (instincts mécanisme de défense) les théories de l'apprentissage cherche les causes externe environnementales elle privilégie les stimuli environnementaux sur lesquels on peut jouer, comme les récompenses alimentaires, plutôt que les concepts sur les quels on peut influencer, comme le moi l'ego ou l'inconscient.

L'importance qu'attribue le behaviorisme aux déterminants externes, environnementaux, à aussi été associée à l'importance de la spécificité situationnelle dans le comportement. (*Pervin John, 2005*).

Skinner (1971, 1979, 1987) estime que l'environnement détermine la plupart de nos réponses et qu'en fonction de leurs conséquences, elles seront soit reproduites, soit éliminées. Il pense que les individus ne sont pas libres de leurs comportements car ils sont en grande partie fonction de l'environnement dans lequel ils évoluent. Il s'agit d'un apprentissage par conditionnement opérant. Il adopte le principe que la personnalité est Déterminée exclusivement par les expériences de la vie et il n'accorde aucune place aux Processus cognitifs. Pour lui, les comportements répondent à des lois et il est possible de les Prédire et de les contrôler par des manipulations de l'environnement.

Il rejette donc les explications biologiques et génétiques des comportements et de la personnalité: ce que nous sommes c'est ce que nous faisons et ce que nous faisons c'est ce que le milieu nous fait Faire. (*Erika Marie MORLON, 2012*)

Pavlov a développé le premier une théorie du conditionnement classique en faisant référence au modèle animale. Il insiste sur la genèse des réflexes et parvient à élaborer une typologie des conduites qui prend en compte le degré d'inhibition ou d'excitation face aux stimuli. Il fournit également un modèle de névrose expérimentale lorsque le chien, mis dans l'incapacité de discriminer deux stimuli, manifeste un comportement erratique. (*Jean-Luc Bernaud, 1998*).

7. Les troubles de la personnalité:

La notion de personnalité:

La personnalité se définit selon Pichot (1995) comme: « l'intégration dynamique des aspects cognitifs, pulsionnels, volitionnels et affectifs de l'individu ». (*Tolfo, 2015, p.38*).

Beck et Freeman (1990) la définissent comme :« une organisation relativement stable, composée de schémas cognitifs qui attachent une signification personnelle aux événements, ces schémas cognitifs sont

responsables de la séquence qui va de la réception d'un stimulus, à l'exécution d'une réponse comportementale ». (Tolfo, 2015, p.38).

Cottraux et Blackburn (2005) la définissent comme : « l'intégration stable et individualisée d'un ensemble de comportements, d'émotions et de cognitions, fondée sur des modes de réactions à l'environnement qui caractérisent chaque individu ». (Cottraux, 2013, P.2)

Nous retenons par ces définitions que la personnalité est comprise comme une instance intégrative des aspects affectifs, cognitifs, comportementaux mais aussi physio-morphologique qui constituent l'originalité d'un sujet par rapport à l'autre. La personnalité inclut à la fois le tempérament d'origine génétique et le caractère qui résulte des apprentissages et des événements de vie de chacun.

Bien que variable dans ses expressions, elle permet de prédire la réponse du sujet face à un événement de vie. Quand les traits comportementaux et psychologiques diffèrent trop de ce qui est attendu face à une situation donnée, pour une personnalité donnée ou s'ils sont suffisamment durable et prononcés pour provoquer gêne fonctionnelle ou détresse subjective, le diagnostic de TP est à évoquer l'effet état examiner les modifications de la personnalité induite par une comorbidité psychiatrique ou une circonstance; c'est l'impact immédiat d'une situation sur le sujet. Le trait est la manière habituelle de voir les choses, d'y réagir, il reste stable dans le temps et l'espace.

La notion de personnalité normale et pathologique:

La notion de normalité psychologique est souvent référée à un pourcentage majoritaire de comportements: Serait normal ce qui est le plus fréquent, le plus habituel seraient déviants et pathologiques ceux qui s'éloigneraient d'une moyenne statistique. Mais la déviance par rapport à une moyenne n'est pas en soi un critère d'anormalité, pas plus que la référence à l'adaptation sociale ne vient traduire une position d'équilibre psychologique.

La référence à un idéal conduirait aussi à considérer comme seuls « normaux » les sujets obéissants aux règles éthiques et aux codes sociaux; les non-conformes étant alors considérés comme « pathologique ».

L'adaptation, critère de normalité, se confondrait avec la conformité aux valeurs d'une culture ou d'une société et ne serait que conformisme. Pourtant ; la dissidence par rapport à des normes sociales ne peut être assimilée à l'anormalité. (*Lemprière .,Feline .,Ades et al, 2006*)

La CIM10 précise qu'une conduite sociale déviante ou conflictuelle, non accompagnée d'une perturbation du fonctionnement personnel, ne doit pas être considérée comme un trouble mental. On tend actuellement à admettre la normalité comme devant se référer à un fonctionnement harmonieux, utilisant de manière optimale ses ressources personnelles, en fonction des exigences de l'environnement et aux inéluctables occasions de changements qu'il rencontre dans sa vie. (*Lemprière .,Feline .,Ades et al,2006*).

La personnalité pathologique correspond donc à un mode de réaction et de comportement permanent caractérisé par des traits de caractère peu nombreux, rigides, intenses et très marqués qui sont à l'origine d'une souffrance psychique ou d'une inadaptation sociale significative. Mais elle peut aussi se manifester par des changements d'intensités, des périodes de recrudescence ou au contraire d'atténuation, des stabilisations, le plus souvent en réactions aux événements de la vie. (*Shahidi, 2005*).

Définitions de troubles de personnalité:

Les critères utilisés pour définir les troubles de personnalité (TP) seront ceux des classifications internationales des maladies de l'Organisation mondiale de la Santé (dixième édition), et surtout ceux du DSM5 et la CIM10, manuels spécifiquement orientés vers les pathologies mentales, et largement utilisés la plupart du temps en psychiatrie, permettant d'avoir un langage commun. De

plus nous illustrons le concept d'état limite selon le grand dictionnaire de psychologie et un autre psychanalytique pour une modalité de compréhension. Pour continuer, nous tenions à exposer ces critères diagnostiques parce que nous nous en servirons par la suite pour décrire le diagnostic des patients présentées dans les études de cas.

- **La notion de trouble :**

Au sens scientifique, le trouble désigne « une modification pathologique des activités de l'organisme ou du comportement (physique ou mental) de l'être ». Il a pour synonyme: dérèglement, désordre, désorganisation, perturbation.

Au sens courant, un trouble « est un ensemble d'événements caractérisés par le désordre, l'agitation. C'est l'opposition plus ou moins violente d'un groupe à l'intérieur d'une société ».(Sauvaget-Oiry, 2006,p.11).

- **Les troubles de personnalité:** Les troubles de personnalité sont définie selon l'OMS (2000) comme: « Modalité de comportement profondément enraciné et durable consistant en des réactions inflexibles à des situations personnelles et sociales de nature très variée. Ils représentent des déviations extrêmes ou significatives des perceptions, des pensées, des sensations et particulièrement des relations avec autrui par rapport à celles d'un individu moyen d'une culture donnée ».(Fierdepied, 2015, p.33)

Selon la CIM10: « Ce groupe comprend divers états et type de comportement cliniquement significatifs qui ont tendance à persister et qui sont l'expression d'une manière caractéristique de vivre de l'individu et de sa façon d'établir des rapports avec lui-même et avec autrui. Certains de ces états et types de comportements apparaissent précocement au cours du développement individuel sous l'influence conjointe de facteurs constitutionnels et sociaux tandis que d'autres sont acquis plus tard dans la vie ». (CIM10, 2015,p.210)

La CIM10 décrit huit troubles de la personnalité: la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde, la personnalité dissociale, la personnalité émotionnellement labile, la personnalité histrionique, la personnalité anankastique, la personnalité anxieuse et la personnalité dépendante. Dans notre travail de recherche on retient le trouble de personnalité émotionnellement labile.

De son coté, le DSM5 définit les troubles de personnalité comme: « sont caractérisés par des altérations du fonctionnement de la personnalité par des traits de personnalité pathologique. Les diagnostics spécifiques de trouble de la personnalité qui peuvent ressortir de ce modèle sont les personnalités antisociale, évitante, borderline, narcissique, obsessionnellecompulsive et schizotypique. Cette approche comprend aussi un diagnostic de trouble de la personnalité spécifié par des traits qui peut être porté lorsqu'on considère qu'un trouble de la personnalité est présent mais que les critères de l'un des troubles spécifiques isolés ne sont pas remplis ».(DSM5, 2015, p.895)

De plus, un diagnostic de trouble de la personnalité nécessite deux conditions:

- Une évaluation de l'altération du niveau de fonctionnement de la personnalité.
- Une évaluation des traits de personnalité pathologique

Selon ces définitions, nous retenons qu'un trouble de la personnalité est un mode de fonctionnement durable:

- Qui dévie notablement de ce qui attendu dans la culture de la personne.
- Qui est rigide et envahit des situations personnelles et sociales très diverses.

- *Les critères diagnostiques des troubles de personnalité selon la CIM10:*

- **Critère G1:** arguments déterminants selon lesquels les modes caractéristiques et habituels de perception interne et de conduites de l'individu devient notablement, dans leur ensemble, des attitudes culturellement attendues acceptées (ou « normes »).

Une telle déviation doit être manifeste dans plus d'un des domaines suivants:

1) Cognitions (par exemple façon d'appréhender et d'interpréter les choses, les gens et les événements, attitudes et représentations que l'on a de soi-même et des autres).

2) Affectivité (diversité, intensité et adéquation de la relation et de la réponse émotionnelle).

3) Contrôle des impulsions et satisfaction des besoins.

4) Interaction avec les autres et façon de se conduire dans les situations interpersonnelles

- **Critère G2:** la déviation doit être profondément enracinée et se manifester par une conduite rigide, inadaptée ou dysfonctionnelle lors de situations personnelles et sociales très variées c'est à dire quelle doit ne pas être limitée a un stimulus ou a une situation « gâchette » spécifique.

- **Critère 3:** Il existe une souffrance personnelle ou bien un impact nuisible sur l'environnement social ou les deux à la fois, clairement attribuable à la conduite mentionnée en G2.

- **Critère 4:** Il doit exister des indices selon lesquels la déviation est stable et durable, ayant débuté à la fin de l'enfance ou à l'adolescence.

- **Critère 5** : la déviation ne peut pas se réduire à une manifestation, ou à une conséquence, d'autres troubles mentaux de l'adulte, bien que des situations épisodiques ou chroniques décrites dans cette classification puissent coexister ou se surajouter à elle.

- **Critère 6**: une maladie, une lésion, ou un dysfonctionnement du cerveau doivent être exclus comme cause possible de la déviation. (*CIM10, 2012, p.100*).

- ***Les critères diagnostiques du trouble de personnalité selon le DSM5:***

A- Une altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité (soi/interpersonnel).

B- Au moins un trait pathologique de personnalité.

C- Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement rigides et envahissent une large gamme de situations personnelles et sociales.

D- Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité sont relativement stables dans le temps, ayant débuté au plus tard à l'adolescence ou début de l'âge adulte.

E- Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux expliquées par un autre trouble mental

F- Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas seulement imputables aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale (p.ex. un traumatisme crânien grave).

G- Les altérations du fonctionnement de la personnalité et l'expression des traits de personnalité ne sont pas mieux comprises comme faisant partie d'un

stade normal du développement ou d'un environnement socioculturel normal.
(DSM5, 2015, p.895).

Tableau N°1: Les types de troubles de personnalité: (Bergeret, J. (1996). *La Personnalité normale et pathologique* (3^e éd.). Dunod).

| Types | Modes de comportements |
|-----------------------------------|---|
| <i>Personnalité borderline</i> | <i>Instabilité des relations interpersonnelles, de l'image de soi et des affects, impulsivité marqués.</i> |
| <i>Personnalité antisociale</i> | <i>Mépris et transgression des droits d'autrui.</i> |
| <i>Personnalité histrionique</i> | <i>Réponses émotionnelles excessives et quête d'attention.</i> |
| <i>Personnalité narcissique</i> | <i>Comportements grandioses, besoin d'être admiré et manque d'empathie.</i> |
| <i>Personnalité évitante</i> | <i>Inhibition sociale, sentiments de ne pas être à la hauteur et hypersensibilité au jugement négatif d'autrui.</i> |
| <i>Personnalité dépendante</i> | <i>Comportement soumis et « collant » lié à un besoin excessif d'être pris en charge.</i> |
| <i>Personnalité schizoïde</i> | <i>Détachement des relations sociales et restrictions de la variété des expressions émotionnelles.</i> |
| <i>Personnalité paranoïaque</i> | <i>Méfiance soupçonneuse envers les autres dont les intentions sont interprétées comme malveillante.</i> |
| <i>Personnalité TOC</i> | <i>Préoccupation par l'ordre, la perfection et le contrôle.</i> |
| <i>Personnalité schizotypique</i> | <i>Gêne aigüe dans les relations proches, distorsions cognitives et perceptuelles et conduites excentriques.</i> |

Synthèse:

À travers tout ce qui précéder on peut constater que, la personnalité désigne l'ensemble des traits et comportements qui façonnent la manière dont une personne pense, ressent et agit. Elle se divise généralement en deux concepts: les types de personnalité, qui sont des catégories globales et fixes (comme introversion ou extraversion), et les traits de personnalité, qui sont des caractéristiques mesurables et continues, présentes à des degrés divers chez chaque individu. Les types ont été critiqués pour leur rigidité, tandis que les traits offrent une approche plus flexible et nuancée, permettant de mieux comprendre les différences individuelles. Les outils d'évaluation des profils de personnalité, comme le MMPI-2, sont utilisés en psychiatrie pour analyser les comportements et ajuster les traitements des patients, notamment dans les cas de troubles de la personnalité.

Chapitre II

l'âge adulte et la psychiatrie

Préambule :

I. l'âge adulte :

Les troubles psychiques surviennent souvent ou s'intensifient à l'âge adulte, une période où les pressions sociales, professionnelles et personnelles se cumulent. Malgré une stabilité apparente, des fragilités peuvent émerger, perturbant l'équilibre psychologique.

Ce chapitre explore deux axes majeurs : d'abord, l'âge adulte comme étape clé du développement, en abordant sa définition, ses caractéristiques, l'importance de la santé mentale, les transitions et leurs impacts, ainsi que les défis psychologiques spécifiques. Ensuite, il traite de la psychiatrie d'adulte, en présentant son rôle, ses différences avec la psychiatrie infantile et adolescente, les hospitalisations, les troubles courants, les facteurs de risque et de protection, son influence sur la qualité de vie, et enfin les stratégies de prévention et d'intervention.

I.1. Définition de l'âge adulte :

L'âge adulte en psychologie est une période du développement humain marquée par des transformations majeures sur les plans cognitif, émotionnel et social. Contrairement à une simple tranche d'âge, il s'agit d'un processus dynamique influencé par des facteurs biologiques, psychosociaux et contextuels.

Approche Développementale (Psychologie du Lifespan) :

a) Modèle d'Erikson (1963) – Les Stades Psychosociaux :

L'âge adulte se subdivise en trois phases critiques :

- **Jeune Adulte (20-40 ans) : Intimité vs Isolement :**

Enjeu : Capacité à former des relations affectives stables (couple, amitiés durables).

Risque : Isolement social si échec des engagements relationnels.

- **Âge Mûr (40-65 ans) : Générativité vs Stagnation :**

Enjeu : Contribution à la société (éducation des enfants, transmission professionnelle).

Risque : Sentiment d'inutilité si absence de projet génératif.

- **Âge Avancé (65 ans et +) : Intégrité vs Désespoir :**

Enjeu : Acceptation de sa vie comme un tout cohérent.

Risque : Regrets et angoisse existentielle. (Erikson, E. H. (1972). *Enfance et société* (2^e éd.). Delachaux et Niestlé).

b) Théorie de Levinson (1978) – Les Saisons de la Vie : Levinson décrit l'âge adulte comme une succession de **structures de vie** (phases stables) et de **transitions** (périodes de crise) :

Entrée dans l'âge adulte (17-33 ans) : Construction d'un premier projet de vie.

Transition de la trentaine (28-33 ans) : Réévaluation des choix initiaux.

Apogée adulte (40-45 ans) : Pics de responsabilités professionnelles et familiales.

Transition de la cinquantaine : Remise en question du sens de sa vie. (Levinson, D. J. (1990). *Les saisons de la vie d'un homme* (M.-F. de Palomé, Trad.). Éditions du Seuil. (Ouvrage original publié en 1978 sous le titre *The Seasons of a Man's Life*).

Approche Cognitive (Maturation et Fonctionnement Mental) :

a) Piaget – Opérations Formelles et Pensée Post-Formelle :

Pensée abstraite (acquise à l'adolescence) se complexifie.

Pensée dialectique (*Labouvie-Vief, 1980*) : Capacité à accepter les contradictions.

Intelligence cristallisée (*Cattell*) : Augmente avec l'expérience.

b) Fonctions Exécutives et Prise de Décision :

-Maturation complète du cortex préfrontal vers 25 ans. (*Berger, M. (2022). Neuropsychologie du développement adulte. Dunod.*).

-Meilleure régulation émotionnelle. (*Gross, 2015*).

Approche Psychodynamique (Enjeux Inconscients) :

a) Freud – Stade Génital et Équilibre Affectif :

Capacité à aimer et travailler ("*Lieben und Arbeiten*").

Résolution des conflits œdipiens et autonomisation.

b) Winnicott – Fonctionnement Adulte et Créativité :

Vraie self vs Faux self : Authenticité dans les rôles sociaux.

Capacité à être seul sans angoisse (*Winnicott, D. W. (1958). La capacité d'être seul. Revue française de psychanalyse, 22(4), 502-512.*).

Approche Contemporaine (Émergence de l'Adulte Émergent - Arnett, 2000) :

Période 18-29 ans : Exploration identitaire prolongée.

5 Critères pour se sentir adulte :

1. Acceptation des responsabilités

2. Prise de décisions autonomes
3. Indépendance financière
4. Capacité à subvenir à ses besoins
5. Considération de soi comme adulte. (Arnett, J. J. (2000). *L'émergence de l'âge adulte : Une théorie du développement entre adolescence et âge adulte. Psychologie Française*, 45(4), 497-510).

En étudiant l'âge adulte, nous découvrons une période de profonds changements psychologiques et sociaux. Cette étape de vie, loin d'être figée, évolue constamment sous l'influence de multiples facteurs. Nous observons des défis récurrents comme la construction des relations intimes, les questionnements professionnels ou la recherche d'équilibre personnel. Les capacités cognitives se perfectionnent, permettant une meilleure gestion des émotions et des décisions complexes. Nous constatons que devenir adulte implique à la fois de franchir des étapes universelles et de trouver sa propre voie, dans un équilibre toujours à réinventer.

I.2. Caractéristiques de l'âge adulte :

L'âge adulte est une période du développement humain marquée par plusieurs transformations physiques, cognitives, sociales et émotionnelles. Voici ses principales caractéristiques :

Développement physique :

Apogée et déclin progressif : La force et l'endurance atteignent leur pic au début de l'âge adulte avant de décliner lentement (Papalia & Martorell, 2021).

Changements biologiques : Après 30 ans, le métabolisme ralentit, et des signes de vieillissement apparaissent (Lachman, 2015).

Développement cognitif :

Pensée post-formelle : Les adultes développent une pensée plus flexible, intégrant logique et expérience (*Labouvie-Vief, 2015*).

Stabilité et expertise : Les capacités cognitives se stabilisent, et l'expertise professionnelle s'accroît (*Sternberg, 2018*).

Développement psychosocial :

Établissement de relations stables : Selon *Erikson (1963)*, l'adulte cherche à former des liens intimes (intimité vs isolement) avant de se concentrer sur la générativité (contribution à la société).

Responsabilités accrues : Carrière, parentalité et gestion du foyer deviennent centrales (*Levinson, 1986*).

Développement émotionnel :

Régulation émotionnelle : Les adultes gèrent mieux leurs émotions grâce à l'expérience (*Gross, 2015*).

Équilibre vie professionnelle-personnelle : La recherche d'un équilibre devient un enjeu majeur (*Greenhaus & Allen, 2011*).

I.3. L'importance de la santé mentale durant l'âge adulte :

La santé mentale joue un rôle crucial durant l'âge adulte, une période souvent marquée par des responsabilités professionnelles, familiales et sociales accrues.

Selon l'**Organisation mondiale de la Santé (OMS, 2022)**, une bonne santé mentale permet aux adultes de gérer efficacement le stress, de maintenir des relations harmonieuses et de participer activement à la vie en société. Les défis tels que la pression au travail, les obligations familiales ou les transitions de vie (divorce, deuil) peuvent fragiliser le bien-être psychologique. Environ 20 % des

adultes souffrent de troubles mentaux comme la dépression ou l'anxiété, ce qui peut nuire à leur qualité de vie (*Institut national de la santé et de la recherche médicale [INSERM], 2011*).

Une santé mentale négligée peut entraîner des conséquences graves, notamment des difficultés professionnelles, des conflits relationnels et un risque accru de maladies physiques (*Santé Publique France, 2020*).

Pour préserver leur équilibre mental, les adultes peuvent adopter des stratégies telles que l'activité physique, le maintien de liens sociaux solides ou le recours à des thérapies spécialisées. En somme, investir dans sa santé mentale à l'âge adulte est essentiel pour mener une vie épanouie et résiliente face aux défis quotidiens. (*Bungener, C., & Roustit, C. (2019). Santé mentale à l'âge adulte : Prévention et résilience. Dunod*).

Défis de l'âge adulte et impact sur la santé mentale :

L'âge adulte est souvent associé à des défis tels que la pression professionnelle, les obligations familiales et les transitions de vie (divorce, deuil, etc.), qui peuvent affecter la santé psychologique. Selon l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (*[INSERM], 2021*) environ **20% des adultes** souffrent de troubles mentaux comme la dépression ou l'anxiété, influençant leur qualité de vie.

Conséquences d'une mauvaise santé mentale :

Les problèmes de santé mentale non traités peuvent entraîner des difficultés professionnelles (absentéisme, baisse de productivité), des conflits relationnels et des comorbidités physiques (maladies cardiovasculaires, troubles du sommeil) (*OMS, 2022*). Une étude de Santé Publique France (2020) souligne que le stress chronique augmente le risque de développer des pathologies chroniques.

I.4. Les transitions de l'âge adulte :

La transition vers l'âge adulte est un processus complexe et multifactoriel qui s'étend généralement de la fin de l'adolescence (vers 18 ans) au début de la trentaine. En psychologie, cette période est souvent conceptualisée comme l'« *âge adulte émergent* » (*emerging adulthood*), une phase distincte marquée par l'exploration identitaire, l'instabilité et des transformations majeures sur les plans cognitif, émotionnel et social (Arnett, 2000) qui influencent fortement le développement psychologique et la santé mentale.

- **L'accès à l'autonomie (transition vers l'autonomie) :**

L'un des changements les plus significatifs est l'acquisition de l'autonomie. Cela implique souvent de quitter le domicile familial, de gérer un budget, ou encore de prendre des décisions importantes de manière indépendante. Cette indépendance nouvelle peut être source de liberté mais aussi d'angoisse, surtout en l'absence de préparation ou de soutien (Lee & Gramotnev, 2007).

L'autonomie exige aussi une adaptation rapide à des responsabilités adultes, ce qui peut devenir un facteur de stress. (Lee, C., & Gramotnev, H. (2007). *Transitions vers l'âge adulte : autonomie, stress et bien-être psychologique. Revue de Psychologie de l'Éducation*, 15(2), 45-60. <https://doi.org/xxxx>).

- **La transition scolaire et professionnelle :**

Passer du milieu scolaire protégé à l'univers universitaire ou au monde du travail est une autre étape importante. Cette période peut inclure la recherche d'un emploi stable, l'adaptation aux exigences professionnelles, ou encore l'incertitude liée à l'avenir. Schulenberg et Zarrett (2006) soulignent que cette instabilité professionnelle initiale est souvent associée à une détérioration temporaire de la santé mentale, en raison de l'inconnu et de la pression de réussir rapidement. (Schulenberg, J. E. et Zarrett, N. R. (2006). *La santé*

mentale durant l'émergence de l'âge adulte : Continuité et discontinuité dans les trajectoires, causes et fonctions. Dans J. J. Arnett et J. L. Tanner (Dir.), *Les jeunes adultes émergents en Amérique : Grandir au 21e siècle* (p. 135-172). APA Press).

- **Le développement identitaire (transition identitaire) :**

Durant cette phase, les jeunes adultes poursuivent leur exploration identitaire entamée à l'adolescence. Cela peut inclure la clarification de leurs valeurs, la définition de leur orientation sexuelle ou spirituelle, ainsi que la construction d'un « soi » plus stable. Côté (2000) explique que cette quête d'identité est cruciale pour établir un sentiment de continuité et de cohérence personnelle. Un manque de clarté identitaire peut contribuer à l'anxiété ou à une faible estime de soi. (Côté, J. E. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity [L'âge adulte suspendu : La transformation de la maturité et de l'identité]*. New York University Press).

- **Les transformations relationnelles (transition relationnelle) :**

Les relations interpersonnelles évoluent également de manière importante. Les jeunes adultes s'éloignent progressivement du cocon familial et développent des relations amoureuses et amicales plus intimes et durables. Cette redéfinition des relations sociales peut à la fois renforcer le sentiment de soutien, mais aussi créer des conflits ou un sentiment d'isolement en cas de rupture de liens (Barry et al., 2009).

- **La maturité émotionnelle et psychologique (transition émotionnelle et psychologique) :**

Enfin, cette période est marquée par un renforcement des compétences d'autorégulation émotionnelle. Les jeunes adultes apprennent à mieux gérer leur stress, leurs frustrations, et à faire face à l'échec. Selon Arnett (2016), le développement de la résilience est une compétence essentielle acquise au cours

de cette étape. Toutefois, l'absence de repères stables ou de soutien peut aggraver les risques de troubles émotionnels. (Arnett, J. J. (2016). *L'âge adulte émergent : La période de 18 à 29 ans* (A. Lefèvre, Trad.). Mardaga. (Ouvrage original publié en 2015).

I.5. L'importance des transitions sur la santé mentale :

L'âge adulte est une période de changements majeurs, marquée par des transitions telles que l'entrée dans la vie professionnelle, la formation d'une famille, ou encore l'indépendance financière. Ces événements peuvent avoir un impact considérable sur la santé mentale des individus. Selon Arnett (2000), l'émergence de l'âge adulte (18 à 25 ans) constitue une phase distincte du développement humain, caractérisée par une exploration de l'identité et une instabilité relative. Ces fluctuations peuvent entraîner du stress, de l'anxiété ou des troubles de l'humeur chez certaines personnes, en particulier lorsqu'elles manquent de soutien social ou de ressources psychologiques. (Arnett, J. J. (2000). *L'émergence de l'âge adulte : Une théorie du développement de la fin de l'adolescence à la vingtaine*. *American Psychologist*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>).

Les transitions de vie, même positives, exigent une adaptation. Holmes et Rahe (1967) ont montré que les événements de vie majeurs, y compris ceux perçus comme souhaitables, sont associés à un risque accru de troubles psychologiques. Par exemple, obtenir un premier emploi ou devenir parent peut engendrer une pression accrue, des responsabilités nouvelles et parfois une perte de repères. L'accumulation de ces défis, surtout s'ils surviennent de manière rapprochée, peut nuire au bien-être mental. (Holmes, T. H., & Rahe, R. H. (1967). *L'échelle d'évaluation du réajustement social*. *Journal of Psychosomatic Research*, 11(2), 213–218).

Il est donc essentiel de mettre en place des stratégies de prévention et de soutien durant cette période critique. Les interventions psychosociales, les services de santé mentale accessibles et la promotion de la résilience peuvent aider les jeunes adultes à mieux gérer ces transitions (Schulenberg et Schoon, 2012). Reconnaître l'impact de ces changements sur la santé mentale permet non seulement d'améliorer la qualité de vie des jeunes adultes, mais aussi de prévenir l'apparition de troubles chroniques. (Schulenberg, J. E., & Schoon, I. (2012). *La transition vers l'âge adulte à travers le temps et l'espace : Aperçu de la section spéciale. Longitudinal and Life Course Studies*, 3(2), 164–172. <https://doi.org/10.14301/llcs.v3i2.194>).

I.6. Les défis et les enjeux psychologiques de l'adulte :

L'âge adulte, souvent perçu comme une période de stabilité, est pourtant traversé par une série de défis psychologiques importants. Ces enjeux varient selon les étapes de la vie adulte (jeune, moyen, tardif), mais tous impliquent des ajustements personnels, sociaux et émotionnels pouvant influencer le bien-être psychologique.

La recherche de stabilité identitaire et professionnelle :

Durant le début de l'âge adulte, les individus sont souvent confrontés au défi de se définir sur le plan professionnel, personnel et relationnel. Il s'agit d'établir des bases solides pour une carrière, une autonomie financière, et parfois une vie familiale. Cette quête peut engendrer du stress, de l'anxiété et une pression liée aux attentes sociales ou familiales (Arnett, 2000). L'incertitude professionnelle ou l'échec dans la réalisation des objectifs personnels peuvent aussi affecter l'estime de soi. (Arnett, J. J. (2000). *L'émergence de l'âge adulte : Une théorie du développement de la fin de l'adolescence à la vingtaine. Le Psychologue Américain*, 55(5), 469–480. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469>).

L'équilibre entre vie personnelle et professionnelle :

À l'âge adulte moyen, les responsabilités s'accumulent : carrière, parentalité, obligations familiales, engagements sociaux. Trouver un équilibre entre ces sphères devient un enjeu crucial. Selon Lachman (2004), cette période est souvent marquée par une surcharge mentale et émotionnelle, susceptible d'entraîner un épuisement psychologique (burn-out), notamment chez les individus qui doivent également prendre soin de parents âgés (la "génération sandwich"). (Lachman, M. E. (2004). *Le développement à l'âge adulte moyen*. *Revue Annuelle de Psychologie*, 55, 305–331(<https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521>)).

La gestion des relations à long terme :

Les relations amoureuses et familiales deviennent centrales à l'âge adulte. Les conflits conjugaux, les séparations, ou les difficultés parentales peuvent générer des tensions affectives. Erikson (1982) souligne que le développement de l'intimité est un enjeu clé de cette phase. Le manque de soutien affectif ou les relations instables peuvent avoir un impact négatif sur la santé mentale. (Erikson, E. H. (1982). *Le cycle de la vie accompli*. New York : W. W. Norton & Company).

Les transitions majeures et les pertes :

L'âge adulte n'est pas exempt de transitions difficiles : perte d'un emploi, divorce, décès d'un proche, maladie. Ces événements représentent des ruptures de continuité qui peuvent remettre en question le sens de la vie ou la sécurité personnelle. Une mauvaise gestion de ces transitions peut favoriser des troubles tels que la dépression ou l'anxiété chronique (Levinson, D. J. (1978). *Les saisons de la vie d'un homme*. New York : Ballantine Books).

Le besoin de sens et d'accomplissement :

Avec l'âge, les individus ressentent souvent le besoin de donner un sens à leur parcours. La réalisation de soi, la contribution à la communauté ou la transmission deviennent des préoccupations centrales. Selon *Maslow (1970)*, le sentiment d'accomplissement est essentiel pour maintenir une bonne santé mentale à long terme. L'absence de ce sentiment peut mener à une forme de vide existentiel. (*Maslow, A. H. (1970). Motivation et personnalité (2e éd.). New York : Harper & Row*).

II. La psychiatrie :

II.1. Définition de la psychiatrie :

La psychiatrie est une spécialité médicale qui se consacre à l'étude, au diagnostic, à la prévention et au traitement des troubles mentaux. Elle s'intéresse aux aspects biologiques, psychologiques et sociaux des maladies psychiques, en combinant une approche scientifique et humaniste (*American Psychiatric Association [APA], 2023*). Contrairement à la psychologie, qui étudie le comportement et les processus mentaux, la psychiatrie est exercée par des médecins psychiatres, habilités à prescrire des médicaments et à utiliser des méthodes thérapeutiques variées (*Sadock et al., 2022*).

Au cours de notre pratique et de nos lectures, nous avons souvent constaté que la psychologie et la psychiatrie, bien que distinctes, se rejoignent dans leur objectif commun : accompagner la souffrance psychique. La psychiatrie, avec son approche biomédicale, se concentre sur la stabilisation des symptômes grâce à des traitements médicamenteux, tandis que la psychologie cherche à comprendre les causes profondes de cette souffrance, en s'appuyant sur des outils comme l'écoute et l'entretien clinique.

En unité psychiatrique, cette complémentarité est indispensable. Alors que le psychiatre intervient pour apaiser les crises, le psychologue joue un rôle central

dans l'accompagnement du patient. Il aide à mettre des mots sur des conflits internes, à comprendre des comportements difficiles et à redonner un sens à des expériences souvent marquées par la douleur. Nous pensons que ce travail de médiation, à la fois avec le patient et l'équipe soignante, est essentiel pour offrir une prise en charge globale, qui ne se limite pas au traitement des symptômes, mais s'attache à la personne dans sa globalité.

La psychiatrie, en tant que spécialité médicale, occupe une place centrale dans la gestion des troubles mentaux et émotionnels. Elle s'intéresse à l'étude, au diagnostic, au traitement et à la prévention des maladies mentales, tout en jouant un rôle clé dans la réhabilitation psychosociale des patients.

Diagnostic et évaluation :

Le diagnostic psychiatrique est une étape cruciale pour comprendre les troubles mentaux. Les psychiatres, formés à cette tâche, s'appuient sur des entretiens cliniques, des tests psychologiques et parfois des examens biologiques. Le psychiatre est le seul professionnel de santé mentale habilité à prescrire des médicaments adaptés aux troubles mentaux graves (*Le Figaro Santé, s.d.*).

Traitement :

Le traitement psychiatrique comprend deux principales approches :

Médicamenteuse : Les médicaments tels que les antidépresseurs et les anxiolytiques sont couramment utilisés pour gérer les symptômes.

Psychothérapeutique : Bien que les psychothérapies soient souvent associées aux psychologues, de nombreux psychiatres les intègrent dans leurs pratiques pour un accompagnement global des patients (*Lonasante, s.d.*).

Prévention :

La psychiatrie joue un rôle préventif essentiel en identifiant les facteurs de risque comme le stress chronique, les traumatismes ou les antécédents familiaux. Les initiatives de sensibilisation, telles que celles promues par la Haute Autorité de Santé (HAS), visent à réduire la stigmatisation des maladies mentales et à encourager les interventions précoces (*Haute Autorité de Santé, s.d.*).

Réhabilitation psychosociale :

La réhabilitation psychosociale aide les patients à retrouver un fonctionnement optimal dans la société. Elle inclut des programmes adaptés pour réinsérer les patients dans des contextes sociaux ou professionnels. Des études mettent en lumière l'importance d'une approche multidisciplinaire, combinant soins médicaux et accompagnement social (*ScienceDirect, s.d.*).

Accompagnement et soutien :

Au-delà du traitement médical, les psychiatres apportent un soutien aux patients et à leurs familles. Cela inclut des conseils pratiques pour mieux gérer les impacts des troubles mentaux au quotidien. Ce soutien favorise la continuité des soins et l'amélioration de la qualité de vie (*Larousse médical, s.d.*).

Recherche et innovation :

La psychiatrie évolue constamment grâce à la recherche. Des approches innovantes, comme la stimulation cérébrale profonde ou les interventions technologiques, offrent de nouvelles perspectives pour traiter des troubles complexes (*ScienceDirect, s.d.*).

II.2. Différence entre psychiatrie adulte, psychiatrie de l'enfance et psychiatrie de l'adolescent :

La psychiatrie se divise en plusieurs sous-spécialités en fonction de la tranche d'âge des patients. Chaque domaine adapte ses approches diagnostiques et thérapeutiques aux spécificités développementales et psychopathologiques des patients.

- *Psychiatrie adulte :*

Population cible : Patients âgés de 18 ans et plus.

Pathologies courantes : Troubles dépressifs, troubles anxieux, schizophrénie, troubles bipolaires, troubles de la personnalité, addictions (*American Psychiatric Association [APA], 2023*).

Approche thérapeutique :

Médicaments (antidépresseurs, antipsychotiques, anxiolytiques).

Psychothérapies (TCC, psychodynamique, thérapie systémique).

Prise en charge des comorbidités somatiques (*Sadock et al., 2022*).

- *Psychiatrie de l'enfant :*

Population cible : Enfants de 0 à 12 ans.

Pathologies courantes : Troubles du spectre autistique (TSA), trouble du déficit de l'attention avec hyperactivité (TDAH), troubles des apprentissages, troubles anxieux précoces, troubles du comportement (*Thapar et al., 2023*).

Approche thérapeutique :

Interventions précoces (thérapies comportementales, psychoéducation).

Collaboration avec les parents et l'école.

Utilisation prudente des psychotropes (réservée aux cas sévères).

- Psychiatrie de l'adolescent :

Population cible : Adolescents de 12 à 18 ans.

Pathologies courantes : Dépression, troubles des conduites alimentaires (anorexie, boulimie), troubles anxieux, premiers épisodes psychotiques, conduites à risque (suicide, addictions) (Kessler et al., 2022).

Approche thérapeutique :

Thérapies adaptées (TCC, thérapie familiale).

Prise en compte des enjeux identitaires et sociaux.

Prévention des rechutes dans les troubles émergents.

Tableau N°2 : Tableau comparatif des critères en psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte:(Golse, B., & Marcelli, D. (2014). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (5^e éd.). Elsevier Masson) :

| Critère | Psychiatrie de l'enfant | Psychiatrie de l'adolescent | Psychiatrie adulte |
|-------------|----------------------------------|---|-----------------------------|
| Âge | 0-12 ans | 12-18ans | ≥ 18 ans |
| Pathologies | Troubles neurodéveloppementaux | Troubles émergents et identitaires | Troubles chroniques |
| Approche | Interventions précoces + famille | Thérapie adaptée à la crise adolescente | Médication + psychothérapie |

II.3. L'hospitalisation psychiatrique:

L'hospitalisation psychiatrique est une mesure thérapeutique qui consiste à accueillir un patient en milieu hospitalier pour une prise en charge intensive de troubles mentaux sévères. Elle peut être libre (avec le consentement du patient) ou sous contrainte (lorsque le patient représente un danger pour lui-même ou pour autrui) (*Haute Autorité de Santé [HAS], 2022*).

L'hospitalisation psychiatrique est définie comme la prise en charge en établissement de santé de personnes présentant un trouble mental sévère, pouvant prendre la forme d'une hospitalisation complète ou de modalités alternatives (soins ambulatoires, séjours à la journée ou de courte durée) (CSP, art. L3211-1, 2024) . Ses objectifs prioritaires sont la stabilisation des épisodes aigus (psychotiques, dépressifs, maniaques), la protection du patient et de son entourage en cas de risque suicidaire ou de passage à l'acte, ainsi que l'élaboration d'un programme thérapeutique individualisé (HAS, n.d.).

- **Cadre légal et classification :**

Le Code de la santé publique distingue deux modalités d'hospitalisation en soins sans consentement :

1. *Hospitalisation à la demande d'un tiers (HDT)* : sollicitée par un proche et validée par deux certificats médicaux.

2. *Hospitalisation d'office (HO)* : décidée par le représentant de l'État en cas de danger imminent, après avis médical et avis du collège de psychiatres (CSP, art. L3212-1, 2021)

3. *L'hospitalisation libre* : quant à elle, repose sur le consentement du patient, lequel peut y mettre fin à tout moment, sauf si un danger persiste (CSP, art. L3211-3, 2010).

- **Modalités d'hospitalisation :**

Les modalités d'hospitalisation psychiatrique sont déterminées par l'état clinique du patient et les risques qu'il présente. Elles peuvent être classées comme suit :

Hospitalisation libre : Le patient accepte volontairement les soins et ne présente aucun danger immédiat. L'hospitalisation se fait sur la base de son consentement (*CSP, art. L3211-1, 2024*).

Hospitalisation sous contrainte : Lorsqu'un patient représente un danger pour lui-même ou autrui, ou est incapable de consentir à son hospitalisation, une hospitalisation sous contrainte peut être décidée par un psychiatre, suivant des critères légaux stricts (*CSP, art. L3212-1, 2021*).

Soins psychiatriques sans consentement (PDSP) : Ce type de soins s'applique lorsque le patient refuse ou est incapable d'accepter les soins nécessaires pour sa sécurité ou celle des autres (*Haute Autorité de Santé [HAS], 2021*).

Soins ambulatoires : Des soins réguliers sont dispensés sans hospitalisation permanente, permettant au patient de maintenir son autonomie tout en recevant un suivi thérapeutique (*HAS, 2021*).

Hospitalisation à domicile : Les soins psychiatriques peuvent être fournis à domicile, offrant une prise en charge flexible et permettant au patient de rester dans un environnement familial tout en étant surveillé médicalement (*CSP, art. L3221-1, 2021*).

- **Indications et objectifs thérapeutiques :**

L'hospitalisation psychiatrique en urgence s'impose devant :

-Un état mettant en jeu le pronostic vital,

-Un risque suicidaire élevé.

-Des troubles du comportement dangereux pour l'entourage.

-Elle permet la gestion rapide des crises, la mise en place de traitements médicamenteux adaptés et l'organisation d'un suivi pluridisciplinaire pour préparer le retour à l'autonomie (HAS, 2025).

- **Enjeux éthiques et droits des patients :**

Les mesures d'isolement et de contention, utilisées en dernier recours, doivent répondre à des conditions strictes : durée limitée, lieu adapté, réévaluation régulière, et information du patient sur ses droits de recours auprès de la commission départementale des soins psychiatriques (HAS, 2016) . Le programme de soins établi par le psychiatre précise les modalités de poursuite du suivi et doit être joint à toute décision de prolongation de l'hospitalisation (CSP, art. R3211-12-1, 2018).

- ***Perspectives et innovations :***

Pour réduire les séjours prolongés et favoriser la réinsertion, plusieurs dispositifs se développent :

-Soins intensifs à domicile, offrant un accompagnement médical et paramédical équivalent à celui de l'hôpital (HAS, 2021).

-Unités mobiles de crise, permettant une intervention rapide en milieu de vie.

-Programmes de réhabilitation psychosociale, intégrant psychothérapies, ateliers de réadaptation et soutien à l'emploi.

Ces approches innovantes respectent l'équilibre entre sécurité et autonomie du patient, tout en améliorant l'adhésion aux soins (CSP, art. L3221-1, 2021).

II.4. Les troubles psychiatriques courants chez les adultes :

Les troubles psychiatriques chez l'adulte peuvent altérer significativement la qualité de vie, les relations sociales et le fonctionnement professionnel. Voici une analyse approfondie des troubles les plus fréquents, basée sur les classifications diagnostiques et les recherches récentes.

Les troubles de l'humeur :

1) Humeur :

L'humeur est une disposition affective fluctuante, caractérisée par une tonalité particulière à un moment donné, pouvant être gaie, triste ou neutre (*Bioy & Fouques, 2020, p. 172*).

2) Dépression :

Issue du latin depressio (« enfoncement »), la dépression peut être vue comme un symptôme ou une maladie selon les approches conceptuelles. Elle se caractérise principalement par une humeur triste ou une perte d'intérêt et de plaisir pour toute activité (*Bioy & Fouques, 2020, p. 172*).

3) Manie :

La manie est un trouble psychique marqué par :

- Une exultation de l'humeur ;
- Une excitation psychomotrice ;
- Une accélération de la pensée avec fuite des idées ;
- Des troubles du sommeil et de l'attention (**Bioy & Fouques, 2020, p. 172**).

Les troubles dépressifs :

1) L'humeur et sa pathologie :

L'humeur est définie par Jean Delay comme « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable, oscillant entre les pôles extrêmes du plaisir et de la douleur ». Cette définition met en avant deux dimensions essentielles :

- La qualité ou tonalité de l'humeur : gaie, triste ou neutre.
- Le caractère oscillant de l'humeur : par nature, elle fluctue (*Bioy & Fouques, 2020, p. 172*).

2) Les facteurs influençant l'humeur :

De nombreux éléments influencent l'humeur, notamment :

- Les événements de vie.
- La luminosité.
- Les substances chimiques.
- Les prédispositions génétiques.

Au plan psychopathologique, un trouble de l'humeur est caractérisé lorsque ses fluctuations deviennent excessives et durables :

- Lorsque ces excès sont dirigés vers le bas, cela relève des troubles dépressifs.
- Lorsque ces excès sont dirigés vers le haut, cela concerne la manie ou les troubles bipolaires (*Bioy & Fouques, 2020, p. 172*).

- *Épidémiologie des troubles dépressifs :*

Les troubles dépressifs, connus depuis l'Antiquité, englobent vraisemblablement une grande diversité de maladies, comme l'illustre l'histoire de leur nosographie (dépression endogène, réactionnelle, mélancolie, parfois associées à la psychose).

De nos jours, la dépression est considérée comme trans-nosographique, pouvant affecter toute personne indépendamment de sa structure de personnalité. L'étude ESEMeD (*Lépine et al., 2000*) a révélé une prévalence des troubles dépressifs sur une vie entière de 22,4 % dans la population générale. Cela signifie que plus d'une personne sur cinq interrogée a souffert d'une forme de dépression au cours de sa vie (*Bioy & Fouques, 2020, p. 173*).

Face à cette fréquence élevée, il est essentiel de savoir reconnaître un trouble dépressif. Bien que ses manifestations cliniques soient variables, le diagnostic s'appuie généralement sur des critères clairs, notamment ceux établis par le DSM-5 (*Bioy & Fouques, 2020, p. 173*).

• *Sémiologie des troubles dépressifs :*

Le DSM-5 regroupe plusieurs troubles dans la catégorie des troubles dépressifs, parmi lesquels :

- *Le trouble disruptif avec dysrégulation émotionnelle* : caractérisé par des crises de colère fréquentes sur un fond d'humeur irritable ou colérique. Les symptômes doivent persister sur une période d'au moins un an, avec un début entre 6 et 18 ans (*Bioy & Fouques, 2020, p. 173*).

- *Le trouble dépressif caractérisé* : comprend l'épisode dépressif caractérisé, qui correspond presque à l'ancien concept de dépression majeure (*Bioy & Fouques, 2020, p. 173*).

- Le trouble dépressif persistant (dysthymie).

- Le trouble dysphorique prémenstruel.
- Le trouble dépressif induit par une substance ou un médicament.
- Le trouble dépressif dû à une autre affection médicale.
- Le trouble dépressif autre spécifié et non spécifié.

- ***Trouble dépressif caractérisé : critères diagnostiques du DSM-5 :***

A. Au moins 5 symptômes doivent être présents pendant une période de deux semaines, représentant un changement significatif par rapport au fonctionnement antérieur. Au moins l'un des symptômes doit être :

1. Une humeur dépressive.
2. Une perte d'intérêt ou de plaisir.

- **Symptômes possibles :**

- Humeur dépressive présente quasi toute la journée, presque tous les jours.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir.
- Perte ou gain de poids significatif sans régime.
- Insomnie ou hypersomnie.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur.
- Fatigue ou perte d'énergie.
- Sentiments de dévalorisation ou de culpabilité excessive.
- Diminution de la capacité à penser, à se concentrer, ou indécision.
- Pensées récurrentes de mort ou idées suicidaires.

C. Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou altèrent le fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

D. Les symptômes ne sont pas attribuables aux effets physiologiques d'une substance ou d'une autre affection médicale.

E. La survenue de l'épisode dépressif caractérisé n'est pas mieux expliquée par un trouble schizo-affectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou d'autres troubles psychotiques.

Troubles bipolaire :

- ***Définition :***

Le trouble bipolaire est un trouble psychiatrique sévère, chronique et fréquent. Cette maladie se caractérise par des changements pathologiques de l'humeur, de l'activité et de l'énergie qui peuvent être augmentées (la manie) ou diminuées (la dépression). Le trouble bipolaire est souvent associé à d'autres troubles psychiatriques (ex : troubles anxieux ou troubles addictifs) ainsi qu'à des troubles non psychiatriques (ex : pathologies cardiovasculaires, syndrome métabolique, etc.). Le trouble bipolaire est d'origine multifactorielle, mêlant des facteurs de risque génétiques et environnementaux. (Raynaud, Soulier, CNUP, AESP, & CUNEA, 2024)

1. Épidémiologie :

La prévalence des troubles bipolaires est estimée à environ 1 % de la population générale. Toutefois, cette estimation pourrait être sous-évaluée en raison des différentes formes cliniques de la maladie (Bioy & Fouques, 2020, p. 176).

Les troubles bipolaires se manifestent le plus souvent par :

- Des épisodes dépressifs caractérisés (déjà décrits précédemment).
- Des épisodes maniaques (trouble bipolaire de type I).
- Des épisodes hypomaniaques (trouble bipolaire de type II).

Il existe également une forme rare de la maladie appelée manie unipolaire, qui se distingue par l'absence d'épisodes dépressifs (*Bioy & Fouques, 2020, p. 176*).

2. Sémiologie selon le DSM-5 :

L'épisode maniaque est défini par les critères suivants :

A. Une période nettement délimitée d'au moins une semaine (ou de toute durée si une hospitalisation est nécessaire), caractérisée par :

- Une humeur anormalement et persistante élevée, expansive ou irritable.
- Une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie.

Ces symptômes doivent être présents la majeure partie du temps, presque tous les jours (*Bioy & Fouques, 2020, p. 176*).

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de sommeil.
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir de parler constamment.
- Fuite des idées ou sensation subjective que les pensées défilent.
- Distractibilité (attention excessive pour des stimuli sans importance) rapportée ou observée.
- Augmentation des activités orientées vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

- Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables (achats inconsidérés, prises de risques sexuels, conduite automobile trop rapide...).

C. La perturbation de l'humeur est suffisamment grave pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou des activités sociales, ou pour nécessiter une hospitalisation afin de prévenir des conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien il existe des caractéristiques psychotiques.

D. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance ou à une autre affection médicale.

Il faut au moins un épisode maniaque au cours de la vie pour poser un diagnostic de trouble bipolaire de type I (*Bioy & Fouques, 2020, p. 177*).

3. *Épisode hypomaniaque :*

A. Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins quatre jours consécutifs.

B. Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins trois des symptômes suivants (quatre si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil.
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensation subjective que les idées défilent.

5. Distractibilité (par exemple, attention facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance).

6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.

7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (par exemple : achats inconsidérés, prises de risques sexuels, conduite sexuelle inconséquente, investissements commerciaux déraisonnables).(*Bioy & Fouques, 2020, p. 177*).

C. L'épisode d'accompagne de modifications indiscutables du fonctionnement, qui diffère de celui du sujet hors période symptomatique.

D. La perturbation de l'humeur et la modification du fonctionnement sont manifestes pour les autres.

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation. S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance.

L'épisode mixte, qui réunissait dans le DSM-IV des caractéristiques dépressives et maniques simultanément, a disparu du DSM-5 en tant qu'entité diagnostique, pour devenir une sous-catégorie du trouble bipolaire de type I ou II.

Les troubles anxieux :

Les troubles anxieux se manifestent par des symptômes variés, tant physiques que psychiques et comportementaux. Ils incluent des symptômes comme l'oppression thoracique, les tremblements, l'accélération du rythme cardiaque, la nervosité, la peur d'un danger ou de la menace, ainsi que des

pensées d'anticipation négative et des soucis excessifs. Ces symptômes peuvent perturber l'attention et la concentration, et des comportements d'évitement peuvent apparaître (*Bioy & Fouques, 2020*).

Les troubles anxieux sont fréquemment associés à d'autres troubles comme la dépression et les addictions. Parmi les troubles anxieux les plus courants, on retrouve l'anxiété de séparation, les phobies spécifiques, l'anxiété sociale, le trouble panique, l'agoraphobie, et l'anxiété généralisée (*Bioy & Fouques, 2020*).

Le trouble d'anxiété généralisée (TAG), qui touche entre 5 % et 10 % de la population, se caractérise par une anxiété diffuse, une hyper vigilance constante et des ruminations sur des thèmes variés, souvent accompagnées de troubles fonctionnels comme l'insomnie ou les douleurs musculaires. Ce trouble est fréquemment associé à la dépression (*Bioy & Fouques, 2020*).

Éthiopathogénie :

Les théories comportementales et cognitives expliquent l'apparition et le maintien des troubles anxieux à travers des modèles d'apprentissage et des schémas cognitifs irrationnels. L'étiologie des troubles anxieux est multifactorielle, impliquant des facteurs psychologiques (croyances, traumatismes), environnementaux (manque de soutien), biologiques (stress chronique), et génétiques (prédominance dans les familles) (*Bioy & Fouques, 2020*).

La schizophrénie :

Présentation :

La schizophrénie touche environ 1 % de la population. Elle se caractérise par deux grands pôles :

Un pôle « positif » (hallucinations, idées délirantes).

Un pôle « négatif » (appauvrissement affectif, retrait social).

Au cœur de cette maladie se trouve un syndrome dissociatif (ou de discordance), qui peut s'associer à un syndrome délirant (*Bioy & Fouques, 2020, p. 204*).

Le syndrome dissociatif se manifeste par :

Ambivalence : capacité simultanée d'éprouver des sentiments ou d'accomplir des actes contradictoires.

Bizarrie : comportements et propos dépourvus de sens apparent, hermétiques pour l'entourage.

Détachement : repli sur soi et coupure du monde extérieur (*Bioy & Fouques, 2020, p. 204*).

Manifestations :

Les manifestations de la schizophrénie se retrouvent dans plusieurs champs :

- Dans le champ de la pensée : Troubles du cours de la pensée, pouvant être prolixe ou ralentie. Le discours peut être difficile à suivre, avec un « flou embrouillé » en raison de troubles de la logique et de perturbations du langage (néologismes, schizophasie).

On observe également des barrages (arrêt brusque du discours) et le fading mental (la voix intérieure diminue progressivement en intensité) (*Bioy & Fouques, 2020, p. 205*).

- Dans le champ émotionnel : Ambivalence marquée, affects inadaptés au contexte, rires immotivés, et angoisses profondes (angoisse de morcellement, d'anéantissement) (*Bioy & Fouques, 2020, p. 205*).
- Dans le champ des comportements : Apragmatisme (perte d'initiative), désintérêt et parfois une quasi-immobilité. Des mimiques

curieuses et une raideur motrice *caractéristique* (Bioy & Fouques, 2020, p. 205).

Le délire paranoïde :

Les thèmes délirants sont variés et peuvent inclure des idées de persécution, de complot, de possession diabolique, de négation d'organes, mystiques, ou érotomaniaques. Les hallucinations (auditives, psychiques) et l'automatisme mental sont fréquents, mais le délire reste souvent flou, non systématisé et incohérent (Bioy & Fouques, 2020, p. 205).

Focus : L'automatisme mental selon de Clérambault

L'automatisme mental reflète une « effraction interne » de la pensée et se divise en deux formes :

Petit automatisme mental : écho de la pensée, lecture de la pensée (la sienne ou celle d'autrui), actes commentés ou imposés.

Grand automatisme mental : inclut des hallucinations auditives et psychiques, des hallucinations kinesthésiques et motrices, et des hallucinations psychosensorielles non auditives (Bioy & Fouques, 2020, p. 205).

Remarque :

Aujourd'hui, on parle davantage de troubles schizophréniques afin de refléter la grande diversité des formes cliniques de cette *pathologie* (Bioy & Fouques, 2020, p. 205).

II.5. Les facteurs de risques en santé mentale de l'adulte :

Les facteurs de risque en santé mentale désignent l'ensemble des éléments personnels, environnementaux ou sociaux qui augmentent la probabilité de développer un trouble psychique. Ces facteurs, cumulatifs et souvent interdépendants, créent une vulnérabilité pouvant favoriser l'apparition de

pathologies comme la dépression ou l'anxiété. Leur identification permet une meilleure prévention et une prise en charge plus ciblée des personnes à risque.

a) Biologiques :

- Prédisposition génétique (héritabilité à 40-70% pour la dépression) (*Sullivan et al., 2023*).
- Déséquilibres neurochimiques (dopamine, sérotonine) (*Malhi et al., 2022*).
- Lésions cérébrales ou maladies neurologiques (*Davidson et al., 2023*).

b) Psychologiques :

- Traits de personnalité (névrosisme élevé) (*Kotov et al., 2021*)
- Faibles capacités d'adaptation (coping) (*Lazarus et Folkman, 2022*)
- Expériences traumatiques précoces (*Teicher et al., 2023*)

c) Environnementaux :

- Stress chronique (au travail, financier) (*Cohen et al., 2022*)
- Isolement social (*Holt-Lunstad et al., 2021*)
- Exposition à la violence ou abus (*Norman et al., 2023*).

II.6. Les facteurs de protection en santé mentale de l'adulte :

À l'inverse des facteurs de risque, les facteurs de protection désignent les ressources personnelles, relationnelles et environnementales qui renforcent la résilience et réduisent la vulnérabilité face aux troubles psychiques. Ces éléments agissent comme des "amortisseurs" face au stress et aux adversités, favorisant un équilibre émotionnel et une meilleure adaptation aux défis de la vie. Leur renforcement constitue un pilier essentiel des stratégies de prévention et de promotion de la santé mentale.

a) Individuels :

- Résilience psychologique (*Masten et al., 2022*).
- Intelligence émotionnelle développée (*Salovey et Mayer, 2021*)
- Estime de soi positive (*Orth et Robins, 2023*)

b) Relationnels :

- Soutien social solide (*House et al., 2022*)
- Relations familiales stables (*Repetti et al., 2021*)
- Réseau amical de qualité (*Umberson et Montez, 2023*)

c) Socio-environnementaux :

- Niveau d'éducation élevé (*Cutler et Lleras-Muney, 2022*)
- Conditions de travail satisfaisantes (*Niedhammer et al., 2021*)
- Accès aux services de santé (*Andersen et Davidson, 2023*)

II.7. L'impact de la psychiatrie sur la qualité de vie de l'adulte :

✓ *Amélioration des symptômes psychiatriques :*

- Réduction significative des symptômes dépressifs et anxieux (*Huhn et al., 2022*)
- Meilleure gestion des troubles psychotiques et bipolaires (*Leucht et al., 2023*)
- Diminution des idées suicidaires et des comportements à risque (*Zalsman et al., 2021*).

✓ ***Impact sur le fonctionnement psychosocial :***

-Amélioration des relations interpersonnelles et familiales (*Priebe et al., 2022*)

-Augmentation de la productivité au travail (*Knapp et al., 2023*)

-Meilleure adaptation sociale et autonomie (*Anthony, 2021*)

✓ ***Effets sur la santé physique :***

-Prise en charge des comorbidités somatiques (*De Hert et al., 2022*)

-Réduction des comportements santé à risque (substances, hygiène de vie) (*Scott et al., 2023*)

-Augmentation de l'espérance de vie (*Walker et al., 2021*).

✓ ***Qualité de vie subjective :***

-Amélioration du bien-être perçu (*Karow et al., 2022*)

-Satisfaction accrue vis-à-vis des soins (*Ruggeri et al., 2023*)

-Développement d'une meilleure estime de soi (*Corrigan et al., 2021*)

✓ ***Impact économique :***

-Réduction des coûts indirects (arrêts maladie, invalidité) (*Chisholm et al., 2022*).

-Diminution des hospitalisations répétées (*Kilian et al., 2023*)

-Meilleur rapport coût-efficacité des interventions (*McCrone et al., 2021*).

II.8. Les stratégies de prévention et d'intervention de la psychiatrie de l'adulte :

- **Stratégies de prévention :**

a) Prévention primaire (avant l'apparition des troubles) :

- Programmes de sensibilisation en santé mentale (*Jorm, 2022*)
- Dépistage des populations à risque (*van der Feltz-Cornelis et al., 2023*)
- Interventions en milieu de travail pour réduire le stress (*Harvey et al., 2021*).

b) Prévention secondaire (détection précoce) :

- Consultations psychiatriques systématiques en médecine générale (*Mitchell, 2023*)
- Utilisation d'outils de dépistage validés (PHQ-9, GAD-7) (*Kroenke et al., 2021*)
- Programmes ciblés pour populations vulnérables (migrants, LGBT+) (*Meyer, 2022*).

c) Prévention tertiaire (éviter les rechutes) :

- Programmes de psychoéducation (*Xia et al., 2023*)
- Suivi systématique post-hospitalisation (*Vigod et al., 2021*)
- Interventions familiales pour améliorer l'observance (*Lucksted et al., 2022*).

- **Stratégies d'intervention :**

a) Interventions pharmacologiques :

- Traitements personnalisés selon le profil génétique (*Bousman et al., 2023*)
- Stratégies de minimisation des effets secondaires (*Leucht et al., 2021*)
- Utilisation raisonnée des psychotropes (*Galling et al., 2022*)

b) Interventions psychothérapeutiques :

- Thérapies cognitivo-comportementales (TCC) adaptées (*Hofmann et al., 2022*)
- Approches intégratives (méditation, pleine conscience) (*Khoury et al., 2023*)
- Thérapies brèves centrées sur les solutions (*de Shazer et al., 2021*)

c) Interventions psychosociales :

- Programmes de réhabilitation (*Liberman et al., 2022*)
- Thérapies occupationnelles (*Krupa et al., 2021*)
- Groupes d'entraide et pair-aidance (*Davidson et al., 2023*)

- **Approches innovantes :**

- Télépychiatrie et applications mobiles (*Torous et al., 2022*)
- Interventions en réalité virtuelle (*Freeman et al., 2023*)
- Approches communautaires et maisons thérapeutiques (*Sledge et al., 2021*).

Synthèse :

On peut constater à travers ce qui précède que l'âge adulte constitue une phase charnière du développement humain, caractérisée par une quête d'équilibre entre responsabilités sociales, professionnelles et personnelles. Cette période, bien que synonyme de maturité, s'accompagne de défis psychologiques majeurs liés aux transitions de vie et aux exigences sociétales. La psychiatrie adulte joue alors un rôle déterminant dans le diagnostic et la prise en charge des pathologies mentales fréquentes à cet âge, tout en promouvant des stratégies de prévention. L'enjeu fondamental réside dans l'adoption d'une approche intégrative conciliant dimensions biologique, psychologique et sociale pour optimiser le bien-être mental des adultes.

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

Tout travail de recherche nécessite de suivre une méthodologie lui assurant un bon déroulement et permettant d'aboutir à un résultat objectif et rationnel. Cette partie sert à expliquer l'enchaînement de la recherche et à présenter la méthode ainsi que les outils utilisés tout au long du processus de recherche sur le terrain. Afin de vérifier les hypothèses de notre problématique de recherche, nous avons sélectionné un certain nombre d'outils méthodologiques qu'il convient de présenter.

Après qu'on a entamé ce présent chapitre par ce préambule, on a exposé les limites de notre recherche, par la suite, on va étaler la méthode pour laquelle on adoptée, puis on mettra le point aussi sur la présentation de notre lieu et le groupe de recherche, nous allons également aborder par la suite nos outils de recherche, comme on va évoquer le déroulement de notre pré-enquête, idem pour notre enquête, sans passer à côté les difficultés de la recherche, à la fin on va clôturer le tout avec la synthèse.

1. La pré-enquête :

La pré-enquête est une phase cruciale dans la recherche. A cette étape, le chercheur tente de se familiariser de la façon la plus complète possible avec son sujet et lieu de recherche ainsi qu'avec l'équipe de travailleurs qui s'y trouve. « Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisque elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente ». (*Cario, 2000, p.11.*)

La pré-enquête donne l'occasion de vérifier des repères, de découvrir le terrain, de s'exercer au questionnement et à l'écoute, de rédiger un guide

d'entretien, et de le pratiquer. Cette étape est fondamentale pour élaborer la problématique de la recherche, développer les hypothèses et sélectionner les méthodes les plus adéquates à l'objet de la recherche (*Sauvayre, 2013, p.48*).

Avant d'explorer le lieu de recherche notre pré-enquête est commencé par feuilleter la revue de la littérature pour trouver des documents sur le sujet à l'aide de notre liste de mots clés en consultant tous les bases de données soit des: livres, articles scientifique ,thèses de doctorat au niveau national et international ,des sites d'internet ainsi des vidéos et des émissions, ce feuilletage de documents nous a permis d'éclaircir notre question ainsi notre objectif de recherche pour bien destiné les outils de notre recherche.

Nous avons réalisé notre pré-enquête au service psychiatrique du l'EHS à Oued Ghir, réalisée fin du mois de Janvier 2025. En étant stagiaire dans cet établissement, Nous avons eu l'opportunité d'échanger avec Monsieur **Khereddine Amine**, psychologue coordinateur de l'établissement. À l'issue d'un long échange, nous nous sommes accordées sur une thématique de recherche pertinente : « les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie ». Convaincues de l'importance de ce sujet, nous avons décidé de l'explorer ensemble dans le cadre de notre travail de fin d'études. Nous nous y sommes présenté début de février 2025, en tant qu'étudiantes en Psychologie Clinique avec une vague idée du thème que nous souhaitions aborder.

Nous avons d'abord été accueillies par **M.Djamaoune** et **Mme.Mansour**, deux psychologues de l'hôpital, nous avons entamé notre pré-enquête en visitant plusieurs services, notamment les unités de cure libre pour hommes et femmes, ainsi que le service d'isolement. Cette immersion sur le terrain nous a permis d'observer une diversité de pathologies psychiatriques, parmi lesquelles nous avons identifié des cas de schizophrénie, de trouble bipolaire, de dépression sévère et de toxicomanie.

Grâce à cette expérience, nous avons pu mieux appréhender la complexité des troubles de la personnalité et affiner notre approche pour notre étude, en tenant compte des différentes manifestations cliniques observées au sein de l'hôpital.

Lors de nos observations en ergothérapie, nous avons pu assister aux échanges entre les infirmiers, les aides-soignants et les patients pendant leurs activités artistiques, notamment le coloriage et le dessin. Ces moments de créativité semblaient favoriser un climat d'échange et de détente, permettant aux patients d'exprimer leurs émotions et de partager leur vécu.

De plus, nous avons accompagné les patients lors de leurs sorties au jardin, un cadre plus apaisant et propice aux discussions. Au cours de ces moments, plusieurs d'entre eux ont spontanément partagé leur expérience de la maladie. Ils ont évoqué les difficultés qu'ils rencontrent au quotidien, notamment le poids psychologique de leur pathologie, ainsi que l'impact physique qu'elle entraîne. Certains ont exprimé le besoin de se confier et de libérer leur ressenti, témoignant ainsi de la souffrance qu'ils portent.

Ces échanges nous ont permis de mieux comprendre leur vécu et de saisir l'importance du soutien émotionnel et de l'écoute active dans leur prise en charge.

Ces discussions nous ont également été d'une grande aide dans l'élaboration de notre guide d'entretien. En écoutant les patients exprimer leurs ressentis, leurs difficultés et leurs besoins, nous avons pu mieux cerner les aspects essentiels à aborder lors de nos entretiens.

Leurs témoignages ont mis en lumière des thématiques récurrentes, telles que l'impact psychologique de la maladie, ainsi que leur besoin de soutien et d'écoute. Ces éléments nous ont permis d'adapter nos questions afin de mieux

explorer leur vécu et de structurer notre guide d'entretien de manière plus pertinente et ciblée.

De ce fait, notre pré-enquête nous a permis de collecter quelques items qu'on va inclure pour perfectionner nos guides et pour élaborer notre question et nos hypothèses. L'autre utilité de la pré-enquête est de bien entamer notre enquête de recherche dans de bonnes conditions.

2. Les limites de la recherche :

Chaque recherche se porte sur un contexte délimité, en ce qui concerne la nôtre, ses caractéristiques fondamentales sont :

La limite spatiale : le service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir au niveau de la wilaya de Bejaia en Algérie.

-La limite temporelle : pour la pré-enquête : fin du mois du Janvier 2025 et l'enquête du 01 février 2025 jusqu'à 19 février 2025.

-La limite du groupe : trois 03 psychologues de la sante et dix cas.

-Les outils de la recherche : un 01 guide d'entretien semi directif.

-L'approche adoptée : nous avons opté pour l'approche intégrative.

3. La méthode utilisée dans la recherche :

Choisir une méthodologie de recherche adaptée n'est pas une tâche simple, en raison de la diversité des méthodes disponibles. Ce choix exige réflexion et compétence, car « la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre » (*Festinger & Katz, 1974, cité par Angers, 1997, p.97*). Le chercheur compare donc les options méthodologiques et retient celle qui répond le mieux à ses objectifs. (*Angers, M. (1997). Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines. Éditions Beauchemin*).

La psychologie clinique accorde une importance centrale à la subjectivité, à la signification et à une approche holistique de l'individu. Dans cette

perspective, nous avons opté pour la méthode clinique, qui vise à créer des conditions favorables à l'expression libre du sujet, permettant ainsi un recueil d'informations aussi naturel et complet que possible. Comme le souligne *Pedinielli (1999)*, cette approche rejoute toute fragmentation des données et s'attache à les resituer dans la dynamique individuelle du sujet. (*Pedinielli, J.-L. (1999). Introduction à la psychologie clinique. Armand Colin*).

Plus précisément, comme l'expliquent *Chahraoui et Bénony (2003)*, la méthode clinique "considère le comportement dans sa perspective propre, cherchant à saisir aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un individu concret face à une situation donnée. Elle vise à en comprendre le sens, la structure et la genèse, en identifiant les conflits sous-jacents et les mécanismes de résolution. (*Chahraoui, K., & Bénony, H. (2003). Introduction à la psychologie clinique. Dunod*).

Cette méthodologie, principalement axée sur des situations concrètes de souffrance psychique, se centre sur l'étude de cas tout en dépassant le simple cadre individuel. Elle s'applique aussi bien à un sujet qu'à un groupe, une famille ou une institution, constituant ainsi un outil précieux tant pour la pratique que pour la recherche clinique. Toutefois, son application rigoureuse nécessite une discipline méthodologique exigeante et une implication importante du chercheur.

La méthode clinique s'étend à l'étude de systèmes complexes comme les profils de personnalités, permettant d'observer les phénomènes dans leur réalité concrète tout en testant des hypothèses et en proposant des interprétations. Selon Fernandez et *Pedinielli (2006)*, cette approche comporte deux dimensions complémentaires : une première axée sur le recueil de données in vivo (tests, échelles, entretiens) dans des conditions les plus naturelles possibles, et une seconde consacrée à l'analyse approfondie de cas individuels. La différence essentielle réside dans leurs finalités - le premier niveau

documente une problématique, tandis que le second vise une compréhension globale du sujet, particulièrement cruciale dans l'étude des troubles psychopathologiques et des mécanismes d'adaptation. Ce double perspectif fait de la méthode clinique un outil précieux pour appréhender tant les manifestations observables que les dynamiques subjectives sous-jacentes. (Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2006). *Les méthodes en psychologie clinique*. Armand Colin).

Notre recherche a privilégié l'étude de cas comme méthode d'investigation, car cette approche permet une observation approfondie, une compréhension globale et une analyse détaillée de la situation actuelle des participants, intégrant systématiquement leur histoire de vie et leur contexte personnel. Comme le soulignent Fernandez et Pedinielli (2015), cette méthode ne se limite pas à l'examen d'individus isolés, mais peut également s'appliquer à l'analyse de systèmes familiaux considérés comme des unités d'étude. Cette perspective s'avère particulièrement pertinente pour appréhender les profils de personnalités chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie.

La particularité de l'étude de cas réside dans sa capacité à générer des données riches, multidimensionnelles et profondément subjectives. Ces informations permettent de construire une représentation structurée et explicative des facteurs déterminants de l'histoire individuelle et de la subjectivité des personnes concernées. Selon Fernandez et Pedinielli (2015), cette reconstruction doit répondre à deux exigences fondamentales : le principe de totalité (prise en compte de l'ensemble des dimensions) et le principe de singularité (reconnaissance de la spécificité irréductible de chaque cas). (Fernandez, L., & Pedinielli, J.-L. (2015). *Introduction à la psychologie clinique* (3e éd.). Armand Colin).

Aussi, « selon Lagache, l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions

d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ». (*Pedinielli & Fernandez, 2005, pp.59-61*).

L'étude de cas constitue une approche méthodologique pertinente non seulement pour l'analyse individuelle, mais également pour l'examen de groupes ou de collectivités. Comme le précise *Gauthier (2009)*, cette méthode peut s'appliquer à diverses unités d'analyse - qu'il s'agisse d'une personne, d'une communauté, d'une organisation ou d'une société spécifique. Son caractère fondamental réside dans l'étude approfondie d'une entité particulière, sans restriction quant à sa nature. (*Gauthier, 2009, pp.199-200*).

Bien que cette approche privilégie généralement les méthodes qualitatives, notamment l'entretien semi-directif, elle reste ouverte à la complémentarité méthodologique. En effet, le recueil des données peut intégrer divers instruments, y compris des outils quantitatifs, permettant ainsi une triangulation des informations. Cette flexibilité méthodologique fait de l'étude de cas un dispositif de recherche particulièrement adapté à la complexité des phénomènes sociaux et psychologiques. (*Gauthier, B. (2009). Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données (5e éd.). Presses de l'Université du Québec*).

4. Présentation de lieu de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée au Service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir, est situé au niveau de la commune de Oued-Ghir, dans la wilaya de Bejaia en Algérie, inauguré par *Ahmed El Touhami* le wali de la wilaya Bejaia le : 23/ 08/ 2019.

Les consultations dans cet établissement ont commencé le 2 Novembre 2022, les hospitalisations hommes et femmes ont débutées le 12 Mars 2023. Les des urgences psychiatriques datent du 01 juin 2024. En 2011, le projet d'ouvrir un hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, d'une superficie de 04 ha

est lancé par la direction de la santé. Le 19 Aout 2019, l'arrêté ministériel N°59 porte sur la création des services et des unités constructives au sein de cet établissement qui contient différents services et unités.

Cet établissement de santé psychiatrique est dédié à la prise en charge, à la surveillance, à l'assistance et à la fourniture de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de patients présentant des besoins spécifiques.

Le bloc de pédopsychiatrie est spécialement dédié aux enfants, de la naissance jusqu'à 18 ans, sans hospitalisation.

L'équipe pluridisciplinaire de L'EHS est composée des psychiatres, des psychologues, d'infirmiers, d'assistants sociaux, des diététiciens et d'autres professionnels de la santé mentale, œuvrant ensemble pour assurer un accompagnement adapté aux besoins des patients.

Les Services proposés :

- ✓ Consultations ambulatoires.
- ✓ Hospitalisation.
- ✓ Soins de jour.
- ✓ Services de réhabilitation.
- ✓ Thérapie individuelle et de groupe.
- ✓ Gestion des médicaments.
- ✓ Pédopsychiatrie.
- ✓ Soutien social.
- ✓ Services de réadaptation professionnelle.

Installation :

L'EHS en psychiatrie *Oued-Ghir* dispose d'un certain nombre d'installations modernes, notamment :

- ✓ Un service d'admission
- ✓ Un service d'hospitalisation.
- ✓ Un service de soins de jour.
- ✓ Un centre de thérapie.
- ✓ Une bibliothèque.
- ✓ Un espace extérieur.

Localisation :

Les blocs d'hospitalisation et le bloc pédagogique sont disposés face à des jardins, avec une orientation nord/sud favorisant un éclairage naturel. L'établissement comprend également un parc de loisirs et un stade.

L'EHS en psychiatrie *Oued Ghir* est situé à proximité de la ville de Bejaia en Algérie.

L'hôpital est accessible par la route et par les transports en commun. Il y a un parking gratuit disponible sur place.

5. La population d'étude et les caractéristiques du choix :

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets ayant des différents profils de personnalité hospitalisés au niveau du service psychiatrique du L' EHS d'*Oued Ghir*. Notre groupe de recherche est composé 6 patients hospitalisés (A, B, C, D, E, F). Pour se conformer au droit d'anonymat des patients, leurs noms ont été changés et remplacés par les lettres alphabétiques.

Tableau n° 3 : Caractéristiques du groupe de recherche :

| Nom | Sex | Age | Niveau d’instruction | Profession | Situation matrimoniale |
|-----|-------|-----|---------------------------|-------------------------------|---------------------------|
| A | Femme | 45 | 2ème année Moyenne | Femme au foyer | Célibataire |
| B | Homme | 24 | 3e année universitaire | Étudiant | Célibataire |
| C | Homme | 38 | Universitaire | Ingénieur de production | Célibataire |
| D | Homme | 49 | 2ème année secondaire | Agricole | Marié |
| E | Femme | 31 | Universitaire | Enseignante | Célibataire |
| F | Homme | 38 | Universitaire | Ingénieur | Célibataire |

A partir de ce tableau, nous constatons que : les 6 patients du groupe ont tous entre 24 et 49 ans. Le niveau d’instruction et la profession sont variables : de l’école moyenne à l’université et de sans-emploi à enseignante, ingénieur, agricole et étudiant. Ils sont néanmoins la plus part célibataires et vivent tous en famille sauf le cas « **D** » qui est marié.

✓ **Critères d’inclusion :**

Les participants de l’étude doivent remplir les conditions suivantes :

- 1. Âge :** Être âgé entre 18 et 50 ans.

- Justification : Ce groupe couvre les adultes jeunes et d'âge moyen, permettant une diversité suffisante des profils de personnalité tout en restant homogène en termes de développement psychologique.
- 2. Hospitalisation en psychiatrie :** Être hospitalisé dans une unité de psychiatrie au moment de l'étude.
- Justification : La recherche cible spécifiquement des malades hospitalisés pour examiner les profils de personnalité en contexte clinique.
- 3. Capacité à participer :** Être en mesure de répondre à un entretien et de compléter un test psychométrique (MMPI-2).
- Justification : La participation implique des interactions verbales et la capacité cognitive de remplir un questionnaire.
- 4. Consentement éclairé :** Avoir donné un consentement éclairé pour participer à l'étude.
- ✓ **Critères d'exclusion :**

Les participants seront exclus de l'étude dans les cas suivants :

- 1. Âge non conforme :** Moins de 18 ans ou plus de 50 ans.
- Justification : Exclusion des enfants/adolescents et des personnes âgées, dont les profils de personnalité peuvent être influencés par des facteurs développementaux spécifiques non pris en compte ici.
- 2. Pathologies neurologiques ou cognitives graves :** Présence de troubles comme la démence ou des troubles neurologiques affectant la capacité à participer à l'entretien ou au test.
- Justification : Ces conditions biaiserait les résultats en influençant les réponses et les interactions.

3. Refus ou incapacité à consentir : Participants ne pouvant pas donner un consentement éclairé (ex. : sous curatelle, refus explicite).

- Justification : Respect des principes éthiques de participation volontaire.

4. État psychologique instable : Présence de symptômes aigus (ex. : crise psychotique, agitation extrême) rendant la participation difficile.

- Justification : La sécurité et le bien-être des participants et des chercheurs doivent primer.

6. Les outils d'investigations :

Le choix de l'outil d'investigation dans une recherche est une étape cruciale qui détermine la qualité, la fiabilité et la pertinence des résultats obtenus. Dans ce qui suit nous allons présenter les outils que nous avons appliqués dans notre travail recherche.

- L'entretien de recherche :

Selon *Hamel (2011)*, l'entretien, dans son sens courant, désigne une conversation entre plusieurs personnes, qu'il s'agisse d'amis, de membres de la famille ou de collègues, permettant d'échanger sur divers sujets. D'un point de vue scientifique, cette méthode constitue une démarche d'investigation structurée et préparée, visant à recueillir des données sur les opinions, les attitudes et les comportements des individus interrogés. (*Hamel, J. (2011). L'entretien comme méthode de recherche. Presses universitaires*).

Selon *Ciccone (1998)*, l'entretien permet de recueillir des données en analysant les faits dont l'expression verbale est le principal vecteur. Le langage constitue un objet d'étude privilégié, car il véhicule à la fois un sens explicite et un sens latent, souvent inconscient, sur lequel se concentre particulièrement l'observation clinique. Le clinicien doit également recourir

à l'observation flottante, une méthode d'analyse directe des contenus verbaux et non verbaux.

Par ailleurs, l'observation systémique vise à étudier les comportements et les interactions, qu'elles soient verbales (échanges explicites) ou non verbales (postures, expressions affectives, etc.), afin d'établir une typologie des dynamiques relationnelles. Cette approche peut s'apparenter à l'éthologie expérimentale ou s'inscrire dans une perspective interactionniste. Lorsqu'elle s'appuie sur un protocole expérimental, l'observation systémique se focalise sur les communications manifestes, les conduites interactives et les réalités comportementales des sujets. Elle cherche notamment à identifier les communications paradoxales, susceptibles d'engendrer des réponses psychotiques (*Bateson et al., 1971-1972 ; Selvini-Palazzoli, 1975*).

Ainsi, nous avons opté pour l'entretien de recherche, une méthode couramment employée en psychologie clinique pour la collecte de données, et considérée comme la plus adaptée à notre étude et à sa thématique. Comme le soulignent *Chahraoui et Bénony (2003)*, cet outil permet d'accéder aux dimensions subjectives des individus. Contrairement à l'entretien thérapeutique, qui répond à une demande du sujet et poursuit un objectif diagnostique ou de soin, l'entretien de recherche est initié par le chercheur dans le but d'enrichir les connaissances scientifiques dans un domaine spécifique (*Chahraoui & Bénony, 2003, pp. 141-142*).

Dans le cadre de cette étude, nous avons privilégié l'entretien semi-directif comme méthode de collecte de données. Comme l'expliquent *Douville et Jacobi (2009)*, ce type d'entretien structure l'échange tout en conservant une certaine flexibilité. Le chercheur guide la discussion à l'aide d'une grille préétablie contenant des thèmes ou questions ouvertes,

permettant ainsi au participant de développer librement son discours tout en restant centré sur les objectifs de la recherche.

Cette approche crée un cadre qui, bien que contraignant pour les deux interlocuteurs, favorise une écoute active orientée vers la collecte d'informations pertinentes pour l'étude. Le chercheur dispose ainsi d'une trame de référence tout en maintenant la spontanéité du discours du participant (*Douville & Jacobi, 2009*).

Notre guide d'entretien semi-directif contient 27 questions censées d'explorer les profils de personnalités chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie. Cela permettra d'avoir une vue assez exhaustive sur la problématique traitée.

On a essayé de viser le guide qui intègre des questions sur différents points concernant notre thématique, et ce pour pouvoir répondre à notre question et nos hypothèses en nous permettant de rassembler le plus possible d'informations, pour aboutir à une vue holistique, et cela en faisant le contour de notre thématique, ce qui fera que même notre évaluation sera intégrative et assez globale.

On ce qui concerne l'enchaînement des questions de nos guides, on les a éparpillé dans des axes, on s'est inspiré du test psychologique suivant : « l'Inventaire Multiphasique de Personnalité de Minnesota-2 (MMPI2) ». Notre but est que les interviewés comprennent qu'il n'y'a pas de relation directe entre les questions, ce qui fait qu'ils vont se concentrer sur la question qui vient d'être posée pour eux, c'est aussi pour les emmener à répondre à chaque question sans penser ni à la précédente ni de prévoir la suivante.

On envisage aussi d'employer une stratégie de passation de nos guides qui fera en sorte que l'interviewé ne prêterait pas attention au nombre de

question pour lesquelles on lui demande de répondre ,on va faire la passation des Axes séparément ,mais toujours dans le même entretien semi directif; chaque axe sera présenté seul sur une feuille, sans donner l'occasion à l'interviewée de voir combien il lui reste à répondre ;c'est d'ailleurs une technique très utilisée dans la passation des tests, tout cela rentre dans le but d'aider notre interviewé à se focaliser sur le ici et le maintenant, on fait en sorte qu'il ne pense qu'aux questions qui sont devant lui.

Notre guide d'entretien est des groupes de questions classés sous des axes numérotés et intitulés selon ce qu'ils sont censés rechercher, on voulait pas les mettre même dans les questionnaires, dont on a parlés mais pour des raisons méthodologiques on les a inclus –bien sûr-, par contre au moment de la passation non seulement les questions seront présentées séparément, mais aussi on prévoit d'ôter les intitulés des Axes, afin de ne pas être inductifs pour notre interviewé, l'essentiel c'est qu'il (elle) soit éclairé(e) dès le début sur notre thématique. Ajoutant aussi, que même si on a numéroté les axes de nos guides, on peut être souple dans la passation, à l'exception des informations générales avec lesquelles on doit introduire nos passations, si non l'essentiel c'est de les aborder toutes.

Passant maintenant à la présentation de notre guide d'entretien, nous avons formulé des questions semi ouvertes, c'est ce qui nous a permis de recueillir des informations sur le sujet. Nous avons établi un guide d'entretien constitué de 05 axes :

Axe1 : antécédents personnels et relationnels.

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques.

Axe3 : fonctionnement quotidiens et adaptation social.

Axe4 : profil de personnalité et perceptions personnelles.

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques.

L'utilisation de l'entretien semi-directif s'impose dans le cadre de notre étude sur les profils de personnalité des malades adultes hospitalisés en psychiatrie, car elle nous permet d'accéder à des informations biographiques et émotionnelles profondes, souvent difficiles à exprimer de manière structurée. La flexibilité du guide de questions offre l'opportunité d'explorer des aspects subjectifs de la personnalité des patients, qui ne peuvent être abordés que dans un cadre de dialogue ouvert, tout en garantissant une certaine cohérence dans la collecte des données.

- *l'Inventaire Multiphasique de Personnalité de Minnesota-2 (MMPI2) :*

et un outil psychométrique largement utilisé pour évaluer la personnalité et détecter les troubles psychopathologiques. Développé à partir du MMPI original (*Hathaway & McKinley, 1943*), cette version révisée (*Butcher et al., 1989*) comprend 567 items auxquels le sujet répond par "vrai", "faux".

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé le Minnesota « Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) », un outil d'évaluation psychologique comprenant 567 items. Cependant, seuls les 370 premiers items ont été retenus pour l'analyse, car ils constituent le noyau obligatoire permettant de calculer les principales échelles cliniques et de validité du test. Les items restants, bien qu'ils apportent des informations complémentaires, sont considérés comme secondaires et ne sont pas indispensables pour obtenir un profil de personnalité fiable et interprétable. Cette sélection permet également de réduire la fatigue psychique des patients hospitalisés, tout en conservant la validité psychométrique des résultats. (*Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., &*

Kaemmer, B. (2001). Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2). University of Minnesota Press).

Consigne :

« Cet inventaire est composé d'énoncés numérotés. Vous devez lire chaque énoncé et décider s'il est vrai ou faux en ce qui vous concerne ou ce qui vous concerne généralement.

- Si un énoncé est vrai ou plutôt vrai, cochez la case « V ».
- Si un énoncé est faux ou plutôt faux, cochez la case « F ».
- En cas d'hésitation, essayez de fournir une réponse pour chaque énoncé.

Veuillez reporter vos réponses sur la feuille de réponses fournie, sans faire de marques dans le cahier. Assurez-vous que chaque réponse correspond au bon numéro d'énoncé ».(*Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1989). Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2): Manual for Administration and Scoring (Édition française adaptée par les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, 1996). Minneapolis: University of Minnesota Press.*

Dans le cadre de cette évaluation, les réponses des patients seront reportées par nous sur la feuille prévue à cet effet. En effet, certains individus étant sous traitement ou nécessitant une assistance particulière, il est de notre responsabilité de veiller à ce que leurs réponses soient correctement transcrites, sans laisser de marques inutiles dans le cahier. Nous nous assurons ainsi que chaque réponse est attribuée au bon numéro d'énoncé, garantissant la fiabilité des résultats.

Le recours au MMPI-2 est justifié dans le cadre de notre recherche, car il nous offre une mesure standardisée et fiable des troubles

psychopathologiques, ce qui est essentiel pour analyser les profils de personnalité des patients hospitalisés en psychiatrie. Son caractère objectif et sa validation scientifique permettent de confronter les perceptions subjectives obtenues lors des entretiens avec des données quantifiables, offrant ainsi une évaluation complète et complémentaire de la personnalité des participants.

7. Le déroulement de la recherche :

- **L'enquête :**

Dans un premier temps, nous présenterons les définitions de l'enquête, puis nous passerons à la présentation de son élaboration dans le cadre de notre recherche.

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (*Blanchet, Gotman, 2014, p.35*).

L'enquête s'est déroulée du 01 février 2025 jusqu'à 19 février 2025 au L'EHS d'Oued Ghir. Nous nous y rendions jusqu'à trois fois par semaine de 8h00 à 13h00, dans le but de récolter un maximum d'informations sur les patients.

Lorsque nous nous sommes retrouvées en présence des patients, certains se montraient coopératifs dès le début, d'autres restaient méfiants jusqu'au bout mais nous avons quand même constitué un groupe de recherche. Nous respectons la volonté des concernés à prendre part ou pas à la recherche, garantissant par là le consentement éclairé des participants. Nous expliquions notre travail et notre objectif avec le plus de clarté possible à ceux qui avaient accepté d'y participer ; tous étaient informés. Nous ne leur soumettions cependant pas nos hypothèses afin d'éviter tout biais dans leurs

réponses. Nous avons également insisté sur le fait que les informations qu'ils nous fourniraient resteraient confidentielles et demeureraient anonymes ; qu'elles ne serviraient que dans le but d'une recherche scientifique.

Pour recueillir les informations nécessaires à notre travail, nous avons commencé par passer l'entretien semi-directif aux patients avec pour consigne : « *Bonjour, je suis étudiante en 2ème année master, psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira Béjaia. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je mène une recherche sur les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie, par cette investigation j'aurai plusieurs questions à vous poser concernant vous et votre famille pour savoir un peu comment ça se passe entre vous et comment vous vivez ensemble. Il n'y pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou la possibilité de vous retirer de l'étude, à tout moment, sans justification* ».

La durée de l'entretien varie d'un patient à un autre avec une moyenne d'une heure. Ce fut quand même moins long avec certains patients un peu moins bavards, essentiellement pour ce qui a trait à leur maladie. Les détails manquant dans leurs discours ont alors été puisé directement sur leurs dossiers médicaux.

La langue employée dans notre guide d'entretien est le français. Les sujets de notre groupe de recherche sont des personnes maîtrisant la langue mais qui ont le plus souvent répondu avec un mélange de français et kabyle.

L'autre outil phare de notre travail de recherche a été le discours d'une heure selon le cas (« Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2) », Il nous a été proposé et recommandé par le psychologue **Khereddine**, dans le

but d'évaluer la personnalité et détecter d'éventuels troubles mentaux, tout en vérifiant la crédibilité des réponses du patient.

Le test a suscité un vif intérêt dès les premières passations. Un patient l'a perçu comme une expérience enrichissante, ce qui a éveillé la curiosité des autres, nombreux à vouloir le passer pour mieux comprendre leur personnalité. Le choix des participants s'est fait en collaboration avec les psychologues, en tenant compte de leur stabilité émotionnelle, de leur absence d'agitation et de leur bonne compréhension du français, ce qui a facilité la démarche.

La plupart des patients étant nouvellement hospitalisés, ils manifestaient le désir de mieux connaître leur diagnostic. De leur côté, les psychologues ont montré un réel enthousiasme pour la thématique du travail, qui touche aux racines psychopathologiques, et ont apprécié son originalité. Pour eux, la passation du test constituait également un moment privilégié d'échange, permettant de mieux connaître les patients. Ces derniers, souvent enquête d'écoute, ont vécu cette rencontre comme une occasion de se décharger, de confier leurs souffrances et de se sentir compris.

Le moment de la cotation a lui aussi été très instructif. Les psychologues ont été coopératifs dès le début, nous expliquant la méthode à suivre. Par la suite, nous avons assuré la cotation de manière autonome, tout en bénéficiant de corrections et de retours réguliers de leur part. Comparée à la passation, la cotation a demandé davantage de temps et de concentration. Elle exigeait rigueur et précision pour permettre une analyse fiable du fonctionnement psychologique des patients.

En somme, notre enquête s'est articulée autour de deux temps forts : la passation, vécue comme un moment convivial et d'échange, et la cotation, qui fut une phase plus technique, marquée par la patience, la rigueur et une

véritable curiosité d'apprentissage. La richesse de notre travail a nécessité plus de 45 jours de terrain. Nous avons sollicité une prolongation auprès de Monsieur **Khereddine** afin de mener à bien l'analyse, ce qui a permis de réaliser l'enquête sur une durée totale de deux mois et quelques jours.

8. Les difficultés de la recherche :

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré diverses difficultés qui ont parfois entravé le bon déroulement de nos travaux. L'un des principaux obstacles était lié aux problèmes de transport. Le manque de moyens de déplacement nous obligeait souvent à effectuer de longs trajets à pied pour rejoindre l'hôpital. Par ailleurs, la circulation dense compliquait encore davantage les déplacements, entraînant des retards et une fatigue accrue. Ces contraintes ont parfois affecté la fluidité de notre organisation sur le terrain.

Synthèse :

La méthodologie, présentée dans ce chapitre, nous a permis une bonne organisation de notre recherche et ce, à travers le respect de certaines règles et étapes du déroulement et enchaînement de notre travail. La recherche en question étant tout à fait faisable grâce aux outils présentés au-dessus. C'est en effet, à travers ces deux outils de recherche retenus, à savoir : l'entretien de recherche, le MMPI-2 que nous parviendrons au recueil d'informations nécessaires concernant les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie et arriver à des résultats que nous pourrons par la suite analyser et interpréter dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début de notre recherche. Et c'est dans le chapitre suivant, le chapitre IV de ce mémoire que nous présenterons les résultats issus de cette démarche, leurs analyses et discussions des hypothèses de la recherche. Nous avons également dû relever des défis dans l'établissement du contact avec les patients. La gravité des pathologies, telles que la

schizophrénie ou d'autres troubles psychiatriques sévères, nécessitait une approche prudente et une phase d'adaptation. Ces interactions exigeaient du temps pour établir une relation de confiance et favoriser des échanges authentiques, bien que certains patients soient restés réticents à participer.

Chapitre IV :

Présentation, analyse des

résultats et discussion des

hypothèses

Préambule :

Dans ce qui suit, nous allons présenter les entretiens réalisés avec six patients hospitalisés en psychiatrie, dans le cadre de notre étude sur les profils de personnalité. Ces informations ont été recueillies grâce à un entretien semi-directif, organisé autour de thématiques bien définies.

Nous parlerons ensuite de l'utilisation du test MMPI-2 « Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 », que nous avons choisi pour sa fiabilité et sa pertinence dans l'évaluation des traits de personnalité et des troubles psychologiques. Ce test standardisé nous a permis d'obtenir des profils précis, indispensables à notre analyse.

Enfin, nous examinerons les résultats pour voir s'ils confirment ou infirment notre hypothèse initiale. Cela nous amènera à une synthèse finale qui résumera les principales conclusions de notre travail.

1. Présentation et analyse des résultats :

- Présentation et analyse des résultats de l'entretien semi-directif :

Cas N°1 : entretien avec Mme « A »: le 18 février 2025 :

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Mme « A »**, après lui avoir expliqué les objectifs de notre recherche et obtenu son consentement éclairé. L'entretien a eu lieu dans un bureau du service de cure libre femme, le 16 février 2025 à 11h, pour une durée d'environ une heure.

Informations générales :

Mme « A », âgée de 45 ans, est célibataire. Elle a arrêté sa scolarité en 2^e année CEM, puis s'est orientée vers un stage de couture tout en s'occupant de sa mère. Elle a deux sœurs et un frère. Avant son hospitalisation, elle se décrit comme une personne souffrante, sujette à des crises d'épilepsie. Elle mentionne également une précédente hospitalisation à Frantz Fanon.

Axe1 : antécédents personnels et relationnels :

Au cours de l'entretien, elle évoque avec beaucoup d'émotion un épisode traumatisant : elle rapporte avoir été abusée par un membre de sa famille, qui prétendait l'aimer avant de mettre fin à leur relation, disant : « *C'était un membre de ma famille... Il me disait qu'il m'aimait, mais après, il m'a laissée. Il a profité de moi, il m'a abusée. Même après la rupture, il continuait à me suivre partout. J'ai fini par en parler à ma famille.* »

Sur le plan familial, **Mme « A »** dit entretenir de bonnes relations avec sa mère et l'une de ses sœurs, mais vit des tensions importantes avec sa belle-sœur, disant : « *Je m'entends bien avec ma mère et ma sœur, mais avec ma belle-sœur, c'est très difficile. Elle me traite mal¹, comme si j'étais sa bonne. Elle dit des choses méchantes sur moi, elle monte mon frère contre moi. Je crois même qu'elle m'a fait de la sorcellerie.* » Elle affirme que cela a renforcé son isolement, disant : « *Je me sens seule à cause de ça* »

Mme « A » affirme pouvoir compter principalement sur sa mère pour du soutien, disant : « *Ma mère, c'est la seule qui me soutient vraiment.* »

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Elle indique que ses troubles psychologiques remontent à l'âge de 21 ans, après une rupture difficile, disant : « *C'est après cette rupture que j'ai commencé à aller mal.* » Elle a alors été suivie par un psychiatre pour des troubles anxieux et dépressifs, disant : « *J'ai vu un psychiatre parce que j'étais très angoissée, très triste.* » Elle précise que son état s'est particulièrement aggravé ces huit dernières années, avec une nette dégradation deux ans auparavant, disant : « *Ces huit dernières années, je me sens de plus en plus mal. Il y a deux ans, c'était pire.* » Elle rapporte un état de tristesse constant, renforcé par le climat tendu avec sa belle-sœur et sa conviction d'être victime

¹ « ...te3yar-iyi... »

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

de sorcellerie, disant : « *Je suis toujours triste. Je sens que ma belle-sœur me fait du mal, et je suis convaincue qu'elle m'a ensorcelée.* »

Elle précise qu'elle n'a jamais consommé ni alcool ni substances, en lien avec ses convictions religieuses, disant : « *Je n'ai jamais touché à l'alcool ou à autre chose, je suis croyante.* » Elle ne se décrit pas comme impulsive, mais reconnaît des variations fréquentes de son humeur, disant : « *Je ne suis pas impulsive, mais parfois mon humeur change beaucoup.* »

Elle décrit ses journées comme marquées par la tension et l'angoisse, disant : « *Je me sens tendue, angoissée tous les jours.* » Elle dit trouver un certain apaisement en lisant la sourate El-Baqara, disant : « *Quand je lis El-Baqara, je me sens mieux.* » Elle affirme que lorsqu'elle ne la lit pas, elle ressent une peur intérieure difficile à maîtriser, disant : « *Si je ne la lis pas, j'ai comme une peur en moi, que je n'arrive pas à calmer.* »

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation social :

Elle dit se sentir souvent en conflit, notamment avec elle-même et sa belle-sœur, et exprime un fort sentiment d'incompréhension, disant : « *Je suis souvent en conflit, surtout avec moi-même et ma belle-sœur. Personne ne me comprend vraiment.* » Parmi ses activités, elle apprécie particulièrement la lecture religieuse et la télévision, disant : « *J'aime bien lire le Coran et regarder la télé.* »

Mme « A » reconnaît que ses troubles impactent fortement sa vie quotidienne et sociale, disant : « *Mes problèmes gâchent ma vie, je n'arrive pas à vivre normalement.* » Elle se décrit comme une personne fragile, manquant de concentration et qui évite les situations difficiles, disant : « *Je suis fragile, je me déconcentre vite, et j'évite les choses compliquées.* » Elle se sent souvent triste, anxieuse et en insécurité, disant : « *Je suis toujours triste, j'ai peur, je ne me sens jamais en sécurité.* »

Axe4 : profil de personnalité e perceptions personnelles :

Elle parle également de pensées liées à la sorcellerie comme influençant ses émotions et son comportement, disant : « *Je pense souvent à la sorcellerie, je crois que ça joue sur ce que je ressens et comment je me comporte.* » Elle admet avoir déjà eu des idées noires dans le passé, disant : « *Oui, j'ai déjà eu des idées noires.* »

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Elle exprime le souhait de quitter l'hôpital en meilleure santé et espère retrouver un équilibre, disant : « *J'aimerais sortir d'ici en meilleure forme, retrouver une vie normale.* » Toutefois, elle confie craindre les effets secondaires des traitements, qu'elle ressent comme fatigants, disant : « *Les médicaments me fatiguent trop, j'ai peur de leurs effets.* »

Enfin, à long terme, elle souhaite se marier avec un homme bienveillant et respectueux, qu'elle décrit comme pur et protecteur, disant : « *Je rêve de me marier avec un homme bon, quelqu'un de propre, de respectueux.* »²

Durant l'entretien, **Mme « A »** montrait une grande tristesse et un manque de confiance en elle. Elle se percevait comme une personne inférieure aux autres, ce qui transparaissait dans son discours sur elle-même et ses relations, disant : « *Je ne suis pas comme les autres, je vaux moins qu'eux.* » Cette perception d'elle-même semble être un facteur important dans son isolement et sa souffrance émotionnelle.

² « *argaz mis n tfamilt ...* »

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- *Présentation et analyse des données du test MMPI-2 :*

Présentation de cas N°1 :

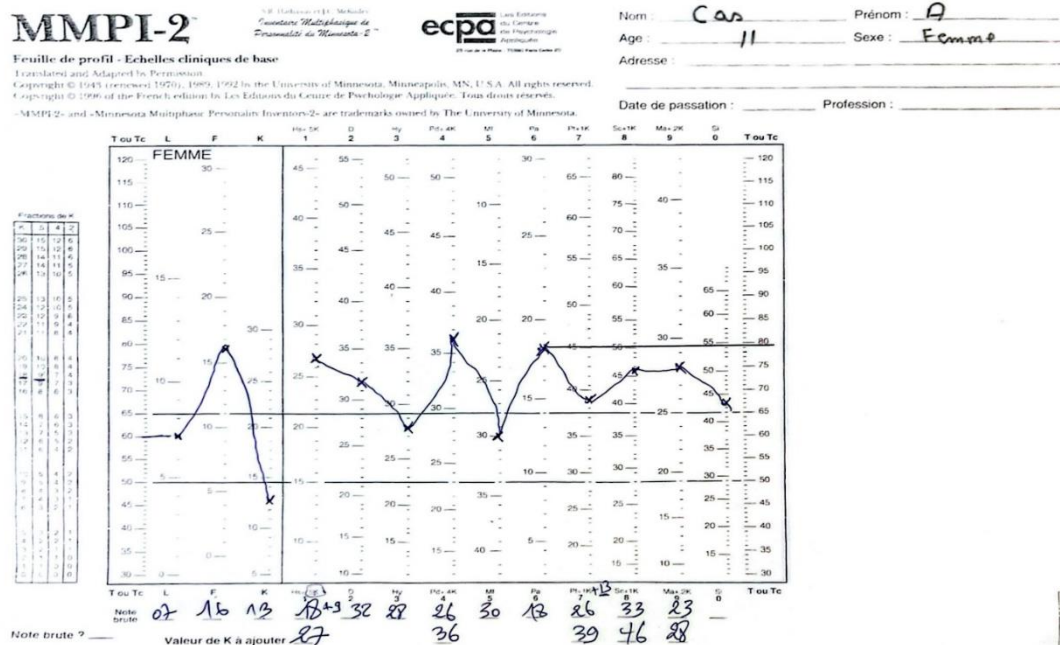


Figure N°1 : cotation du cas « A »

Informations générales :

Mme « A », âgée de 45 ans, présente une longue histoire de troubles psychiatriques. Les premiers contacts médicaux remontent à l'âge de 25 ans, mais il n'existe aucune documentation précise sur la nature de ces interactions. Sa première hospitalisation psychiatrique date de ses 21 ans, également sans informations retracées.

Symptômes et évolution clinique :

Depuis 8 ans, **Mme « A »** manifeste une symptomatologie psychiatrique progressive qui s'est nettement aggravée il y a 2 ans, avec les manifestations suivantes :

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Somatisations : plaintes physiques sans cause médicale identifiée.
- Idées de persécution : ciblant principalement la femme de son frère, dans un contexte de relations familiales tendues.
- Délire d'ensorcellement : croyance irrationnelle d'être victime de pratiques occultes.
- Hétéro agressivité : comportements violents envers autrui, potentiellement dangereux pour son entourage.
- Tentative de suicide : dans un contexte de désespoir psychique et émotionnel intense.
- Troubles du sommeil : perturbation importante du rythme veille-sommeil, avec insomnie marquée.

Antécédents familiaux et contexte social :

- Antécédents familiaux : Rien à signaler.
- Contexte relationnel : Les interactions familiales sont marquées par des conflits, notamment envers la belle-sœur, perçue comme une source de menace dans son délire persécutif.
- Isolement social : Rupture avec sa famille depuis l'âge de 25 ans, limitant les opportunités de soutien affectif ou social.

Conclusion et orientation clinique basée sur le MMPI-2 :

L'analyse des résultats du MMPI-2 chez **Mme » A »** permettra de confirmer et de préciser les dimensions suivantes :

1. Délire paranoïde : Comprendre l'intensité et l'organisation des idées de persécution.
2. Impulsivité et agressivité : Identifier les risques comportementaux pour elle-même et son entourage.

3. Détresse affective : Évaluer les signes de dépression ou de désespoir susceptibles de conduire à des actes auto-agressifs.

4. Structure de personnalité : Détecter des traits de personnalité paranoïaque ou schizotypique, avec des indices d'éventuelle chronicité.

Recommandations thérapeutiques :

Stabilisation pharmacologique, notamment par des antipsychotiques, pour réduire les idées délirantes et les comportements agressifs.

Prise en charge des troubles affectifs avec des antidépresseurs ou des stabilisateurs de l'humeur si nécessaire.

Soutien psychologique pour travailler sur les distorsions cognitives et réduire la méfiance envers autrui.

Réhabilitation sociale et, si possible, restauration des liens familiaux, avec accompagnement médiatisé.

Cette approche permettra une prise en charge globale et adaptée à la situation complexe de **Mme « A »**.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité à l'échelle classique sont au-dessus de la moyenne montrant que cette femme est très conventionnelle et conformiste comme elle demande d'aide, et cette patiente manifeste des ressources suffisantes pour une éventuelle prise en charge.

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle de déviation psychopathique (Pd=82), une note très élevée à cette échelle suggère que cette femme est instable, irresponsable et immature.

- Sa deuxième note est à l'échelle paranoïa (PA=79), Ceci démontre que cette femme manifeste des troubles de pensées et peut agir sous l'influence d'hallucination.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle de d'hypocondrie (HS=79), Ceci démontre qu'elle est schizoïde, d'idées délirantes corporelles et somatiques limités, figé par des symptômes et des plaintes multiples.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (4, 6,3) où le 4, 6,3 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cas N°2 : entretien avec Monsieur « B » : le 17 février 2025 :

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Monsieur « B »** après avoir été informée des objectifs de la recherche et avoir donné son accord. Celui-ci a été mené dans un bureau du service de cure libre homme le 17 février 2025 à 13h, pendant une heure environ.

Informations générales :

Monsieur « B », 24 ans, célibataire et enfant unique, est actuellement étudiant en deuxième année d'électromécanique à l'université. Il a été admis aux urgences pour des troubles psychos comportementales préoccupantes, marqués par une inversion du rythme veille-sommeil, une anxiété envahissante, un isolement social et des manifestations hétéro agressives. Ces symptômes s'inscrivent dans le cadre d'une rechute de sa pathologie psychiatrique, compliquée par une consommation de substances psychoactives et une mauvaise observance thérapeutique, ayant probablement contribué à l'aggravation de son état.

Axe1 : antécédents personnels et relationnels :

Au cours de l'entretien, **Monsieur « B »** a évoqué avec une certaine émotion le décès de son père, qu'il associe à une rupture dans son équilibre émotionnel, disant : *« C'était un moment très dur pour moi. Après sa mort, rien n'a plus été pareil. Je me sens vide, comme si une partie de moi avait disparu avec lui. »*

Sur le plan familial, **Monsieur « B »** décrit des relations globalement stables, mais souligne des tensions avec certains membres de sa famille depuis son hospitalisation, disant : *« Avant, tout allait bien, mais maintenant, je sens que certains me regardent différemment. Ils ne comprennent pas ce que je traverse. »*. Il exprime également un sentiment d'isolement, malgré des relations sociales qu'il qualifiait auparavant de parfaites, disant : *« Je me sens seul, même entouré. Les gens ne savent pas comment me parler depuis que je ne vais plus bien. »*

Monsieur « B » affirme pouvoir compter sur sa mère pour un soutien émotionnel, disant : *« Ma mère est la seule qui reste vraiment là pour moi. Elle essaie de me comprendre, même si parfois, elle ne sait pas quoi faire. »*

Sur le plan familial, **Monsieur « B »** décrit des relations globalement stables, mais souligne des tensions avec certains membres de sa famille depuis son hospitalisation, disant : *« Avant, tout allait bien, mais maintenant, je sens que certains me regardent différemment. Ils ne comprennent pas ce que je traverse »*. Il exprime également un sentiment d'isolement, malgré des relations sociales qu'il qualifiait auparavant de « parfaites », disant : *« Je me sens seul, même entouré. Les gens ne savent pas comment me parler depuis que je ne vais plus bien »*.

Monsieur « B » affirme pouvoir compter sur sa mère pour un soutien émotionnel, disant : *« Ma mère est la seule qui reste vraiment là pour moi. Elle essaie de me comprendre, même si parfois, elle ne sait pas quoi faire »*.

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Monsieur « B » rapporte avoir éprouvé des difficultés psychologiques depuis 2021, bien qu'il n'ait jamais consulté de professionnel pour un diagnostic formel, disant : « *Je me sentais mal depuis un moment, mais je n'ai jamais osé en parler à un médecin. Je pensais que ça passerait tout seul.* »

Il décrit avoir traversé des épisodes dépressifs dans le contexte post-Covid, sans prise en charge spécifique, disant : « *Après le Covid, tout est devenu plus dur. J'avais l'impression de ne plus avoir d'énergie, comme si tout était gris.* »

Par ailleurs, il admet une consommation régulière et simultanée d'alcool, de drogues et de tabac, qu'il relie à une tentative d'autorégulation face à son mal-être, disant : « *Je buvais et je fumais pour oublier, pour ne plus penser. C'était comme un échappatoire, même si je savais que ce n'était pas une solution.* »

Enfin, il n'a pas évoqué de comportements impulsifs ni de variations significatives de l'humeur, disant : « *Je ne fais pas de crises ou de choses imprévisibles, je suis plutôt toujours dans le même état, bas.* »

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation sociale :

Monsieur « B » décrit un déroulement habituel de ses journées, qu'il qualifie de "normal pour un citoyen algérien", disant : (« *Je vis comme tout le monde ici, rien de spécial. Je me lève, je fais mes petites affaires, mais sans vrai projet*»). Toutefois, il exprime un sentiment récurrent d'incompréhension dans ses relations avec autrui, disant : « *Les gens ne me comprennent pas, et moi je ne les comprends pas toujours. C'est comme si on ne parlait pas le même langage* ».

Cette difficulté à établir des connexions sociales satisfaisantes, bien qu'il ne mentionne pas d'isolement marqué, pourrait révéler une fragilité dans ses interactions, contribuant peut-être à son mal-être actuel.

Axe4 : profil de personnalité et perception personnelles :

Monsieur « B » se décrit comme présentant des traits de caractère stables, disant : « *Je suis quelqu'un de calme, je ne change pas d'humeur facilement. Les autres me voient comme une personne posée* ».

Il nie toute tendance à éviter les situations sociales ou à réagir de manière excessive, précisant : « *Je n'ai pas de problème pour sortir ou parler aux gens. Je ne fuis pas les autres, mais je ne m'énerve pas non plus pour rien* ».

Concernant son fonctionnement mental, il affirme ne pas avoir de pensées obsédantes, de croyances fixes ou de schémas cognitifs récurrents, déclarant : « *Je ne rumine pas sans arrêt sur les mêmes choses. Je vois la vie comme elle vient, sans idées fixes qui m'empêchent d'avancer* ».

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Monsieur « B » exprime d'abord un espoir de changement, disant : « *J'espère que cette hospitalisation ou un suivi pourront m'aider à aller mieux, à évoluer. J'aimerais retrouver un équilibre.* ». Il formule également des attentes vis-à-vis du traitement, bien que floues : « *Je fais confiance aux médecins, je pense que leur approche peut me faire du bien... même si je ne sais pas exactement comment* ». Cependant, une crainte discrète transparaît : « *J'ai un peu peur que ça ne marche pas, ou que ce soit long... Mais il faut essayer.* »

Enfin, concernant les objectifs concrets, il reste vague : « *Pour l'instant, je n'ai pas de plan précis. D'abord stabiliser mon humeur, après... on verra.* »

Durant l'entretien **Monsieur « B »** s'est montré coopératif mais réservé durant l'entretien, partagé entre une volonté d'évolution et une certaine retenue, disant : « *Je veux avancer, mais c'est difficile de parler de certaines choses...* »

Il a minimisé ses difficultés, affirmant : « *Je vis une vie normale, comme tout le monde...* », tout en tolérant le cadre thérapeutique, avec des moments

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

d'ouverture, notamment lors de l'évocation du décès de son père : « C'est vrai que ça m'a beaucoup touché... On n'en parle pas souvent.

- Présentation et analyse des données du test MMPI-2 :

Présentation de cas N°2 :

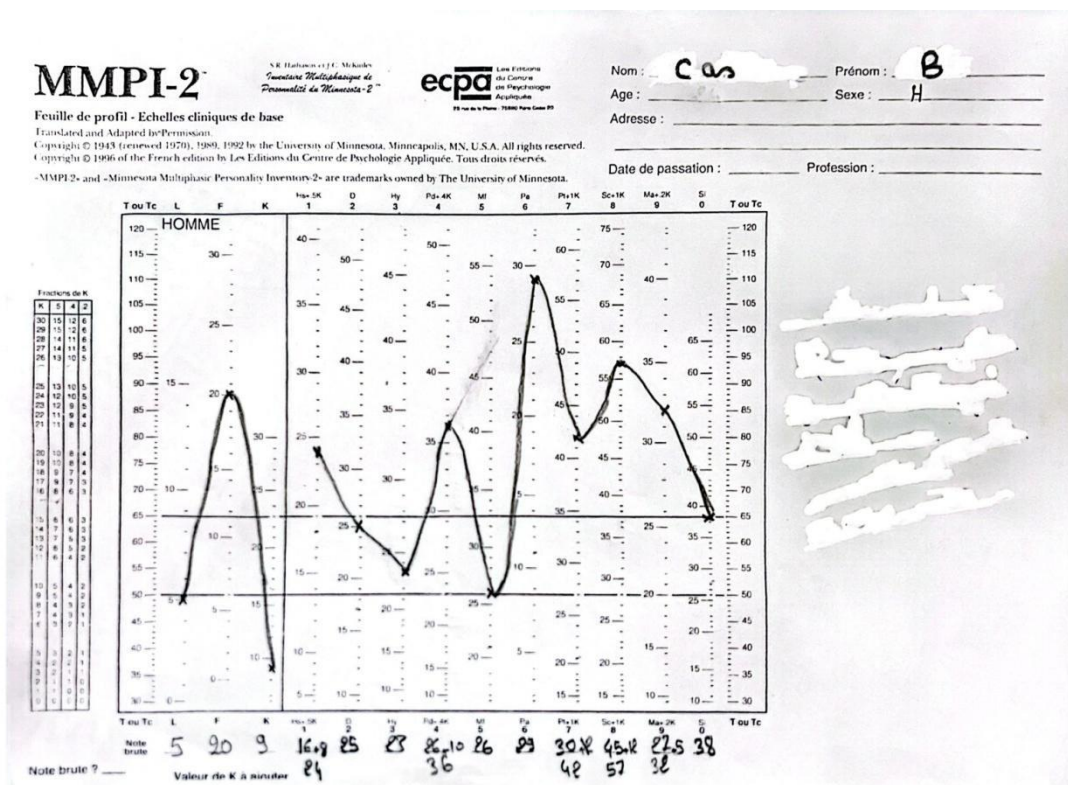


Figure N° 2 : cotation du cas « B »

Informations générales :

Le patient, **Monsieur « B »**, est un jeune homme âgé de 24 ans, célibataire, enfant unique, actuellement étudiant en deuxième année d'électromécanique à L'université. Il a été admis aux urgences en raison de troubles comportementaux et psychologiques préoccupants.

Symptômes actuels :

Le tableau clinique à l'admission est marqué par :

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Inversion du sommeil : perturbation du rythme circadien, avec éveil nocturne et sommeil diurne.
- Anxiété : sentiment d'inquiétude excessif et envahissant.
- Isolement social : retrait des interactions avec autrui.
- Hétéro agressivité : comportements agressifs envers les autres, augmentant les risques de conflits ou d'incidents.

Ces symptômes sont observés dans le contexte d'une rechute de sa pathologie psychiatrique sous-jacente, associée à une comorbidité toxique (consommation de substances). Il est à noter que le patient n'a pas respecté son traitement, ce qui pourrait avoir aggravé son état.

Antécédents familiaux et sociaux :

- Enfant unique : absence de frères ou sœurs, ce qui pourrait influencer son mode de fonctionnement social et affectif.
- Pas d'antécédents familiaux signalés, mais une anamnèse détaillée pourrait être nécessaire pour explorer des facteurs prédisposant.

Le MMPI-2 constitue un outil diagnostique clé pour affiner l'analyse clinique de **Monsieur « B »** et orienter la prise en charge. Les résultats permettront de :

- Stabiliser les symptômes aigus (anxiété, agressivité, désorganisation comportementale).
- Mettre en place une prise en charge spécifique pour la comorbidité toxique.
- Restaurer une meilleure qualité de vie, avec un suivi psychothérapeutique et pharmacologique adapté.

Cette approche vise à éviter de nouvelles rechutes, renforcer l'observance thérapeutique et améliorer l'intégration sociale du patient.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité classique sont au-dessus de la moyenne ce qui montre que ce jeune homme demande de l'aide, exagère sa pathologie et il a une mauvaise opinion de soi-même.

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle de paranoïa (PA=110), cette note suggère qu'il développe des troubles de la pensée, croyances erronées et peut agir sous l'influence d'hallucination.
- Sa deuxième note est à l'échelle schizophrénie (SC=94) Ceci démontre qu'il développe des pensées désorganisées, comportement excentrique, repliement social et halluciné.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle d'hypomanie (MA=85), qui signifie que ce patient est schizoïde, idées délirantes corporelles ou somatiques limité, figé par des symptômes et des plaintes multiples.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (6, 8,9), (PA, SC, MA) où le 6, 8,9 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cas N°3: entretien avec Monsieur « C » : le 18 février 2025

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Monsieur « C »**, après avoir explicité les finalités de la recherche et obtenu son accord éclairé. Cet échange a pris place dans un bureau dédié au service de cure libre homme, le 02 mars 2025 à 10h, durant approximativement une heure.

Information générales :

Monsieur « C », 38 ans, célibataire et résidant à Akbou, est diplômé en ingénierie et exerçait en tant qu'ingénieur de production chez Sonatrach avant son arrêt de travail. Il présente des symptômes marqués par une irritabilité accrue, une instabilité psychomotrice (agitation, gestes incontrôlés), une hétéroagressivité verbale en milieu familial, un refus alimentaire sélectif (possiblement lié à des idées délirantes), une insomnie mixte et des fugues répétées reflétant une perte de repères. Ces troubles, évoluant depuis 2021, s'inscrivent dans un contexte délirant de perfectionnisme rigide, avec des croyances irréalistes concernant ses capacités. Son état nécessite une prise en charge urgente pour stabiliser son comportement et explorer les causes sous-jacentes de sa décompensation.

Axe1 : antécédents personnels et relationnels :

Avant son hospitalisation, **Monsieur « C »**, évoque un parcours marqué par des tensions familiales persistantes, bien qu'il ne rapporte aucun événement traumatique particulier, disant : « *Ça a toujours été compliqué à la maison, mais il n'y a pas eu de gros choc. Juste une ambiance pesante, des disputes qui s'accumulent...* ».

Il décrit des relations conflictuelles avec son entourage, notamment une cohabitation difficile, précisant : « *Vivre ensemble devient insupportable. Je me sens rejeté, incompris... Heureusement, il y a mes sœurs. Sans elles, je ne sais pas comment je ferais.* ». Dès 2021, il a ressenti une aggravation des tensions et des difficultés psychologiques, expliquant : « *Ces dernières années, tout est devenu plus dur. Les conflits ont empiré, et moi avec... Petit à petit, je me suis senti dépassé.* »

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Monsieur « C » rapporte avoir reçu cinq diagnostics distincts de professionnels de santé au fil des années, tout en précisant : « *On m'a toujours évalué de mon plein gré, jamais dans le cadre du travail ou sous la contrainte.* » Son histoire est marquée par des périodes de stress récurrentes, auxquelles il a partiellement répondu par une consommation d'alcool, reconnaissant : « *Quand la pression montait, je buvais parfois pour relâcher la tension... Mais ce n'était pas systématique* ». Il évoque également des comportements impulsifs et des changements d'humeur soudains, tout en les relativisant : « *Ça m'arrive, oui, mais c'est rare. Je ne suis pas du genre à exploser pour rien* ».

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation sociale :

Monsieur « C » décrit une routine pré-hospitalière globalement satisfaisante, marquée par une nette rupture avec son état *actuel* : « *Avant, mes journées se passaient bien. Là, à l'hôpital, tout me paraît difficile... Je ne me reconnais pas* ». Il nie explicitement tout conflit relationnel, insistant : « *Je m'entends bien avec les autres, il n'y a pas de malentendus* ».

Pourtant, il admet une altération de son fonctionnement social due à ses troubles : « *J'ai du mal à rester concentré quand je parle aux gens. Ça m'isole sans que je le veuille* ». Son unique centre d'intérêt préservé reste le football, qu'il présente comme un refuge : « *Le foot, c'est mon échappatoire. Quand je joue, je ne pense plus à rien...* ».

Axe4 : profil de personnalité et perceptions personnelles :

Monsieur « C » se présente comme une personne « normale »³, traduisant une perception ambivalente de son état entre normalité affichée et reconnaissance implicite d'une souffrance diffuse. Il insiste sur une absence

³ « *Mais ichur d machikil...* »

d'évitement social « *Je ne fuis pas les situations, je vis comme tout le monde* », et de réactions excessives « *Je ne m'emporte pas pour rien* », tout en concédant des épisodes de tristesse inexplicables : « Parfois, ça tombe sans raison, comme un nuage. » Son déni de schémas de pensée perturbateurs « *Je n'ai pas d'idées fixes qui m'embrouillent* » contraste avec l'expression d'une détresse, révélant une méconnaissance des mécanismes psychologiques à l'œuvre. Cette minimisation des symptômes, couplée à l'usage d'une expression dialectale⁴, pour évoquer ses difficultés, pourrait refléter une méconnaissance des troubles psychiques ou une stratégie défensive contre la stigmatisation.

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Monsieur « C » exprime d'abord un espoir de guérison rapide, déclarant : « *Je veux sortir au plus vite et retrouver une santé stable, sans complications.* ». Il formule une attente paradoxale vis-à-vis du traitement : « *J'aimerais que ça marche... mais sans médicaments. Je préférerais m'en sortir autrement* », trahissant une méfiance latente envers les approches pharmacologiques ou un désir de contrôle personnel sur sa santé. Pourtant, il affiche une absence marquée de craintes ou d'exigences concernant la prise en charge : « *Je n'ai pas de peurs précises. Ce qu'on me propose, je verrai bien...* ». Suggérant un détachement ou une résignation passive.

Enfin, ses objectifs à long terme restent centrés sur l'autonomie thérapeutique : « *Mon but ? Ne plus dépendre de cachets. Guérir par moi-même, si possible* ».

Durant l'entretien, **Monsieur « C »** a oscillé entre une apparente indifférence « *De toute façon, ça ne me concerne pas* » et des sursauts d'irritabilité lorsque son parcours était évoqué, révélant une ambivalence émotionnelle marquée. Il maintient farouchement une image de personne

⁴ « *Machakil.* »

"normale", clamant « *Je suis comme les autres, il n'y a rien à analyser* », posture rigide qui semble masquer une fragilité narcissique sous-jacente. Ce décalage entre sa perception de soi et les observations cliniques fonctionne comme un mécanisme de défense complexe : tout en lui permettant de préserver une estime de soi menacée, il alimente paradoxalement ses conduites d'évitement (comme ses fugues) et ses conflits relationnels. Cette dissonance cognitive, où le déni de toute difficulté coexiste avec des manifestations évidentes de souffrance, apparaît au cœur de sa dynamique psychique, à la fois protection contre l'angoisse et facteur de maintien de ses troubles. Une approche thérapeutique visant à accueillir cette contradiction sans la confronter frontalement pourrait permettre d'engager un travail sur l'acceptation progressive de ses vulnérabilités.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Présentations et analyse des données du test du MMPI-2 :

Présentation du cas N°3:

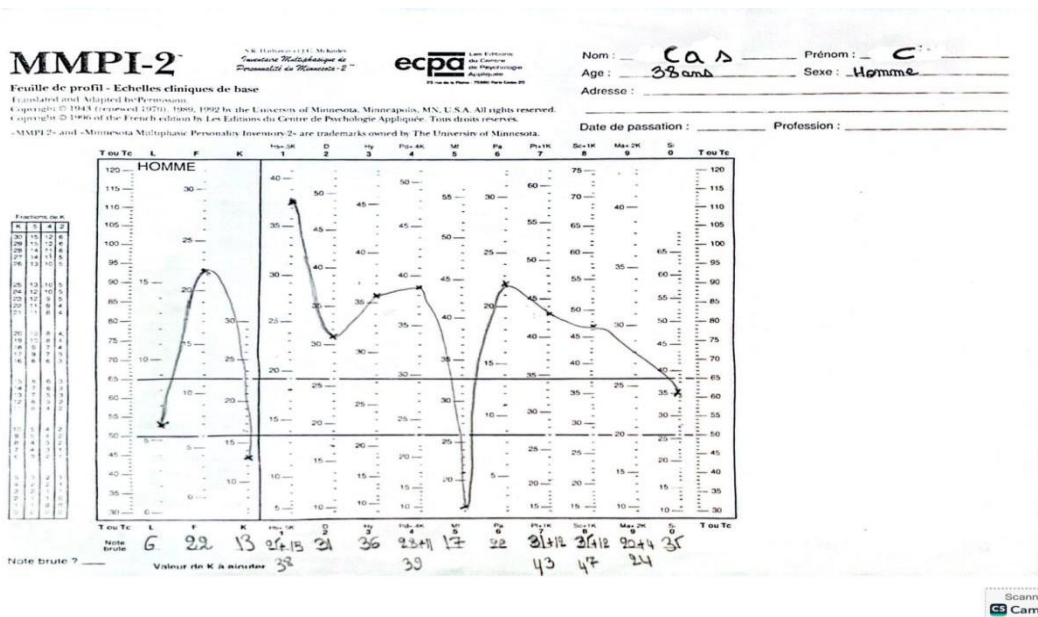


Figure N°3 : cotation du cas « C »

Informations générales :

Monsieur « C » âgé de 38 ans, célibataire, réside à Akbou. Il est titulaire d'un diplôme universitaire en ingénierie et travaille en tant qu'ingénieur de production chez Sonatrach. Actuellement, il est en arrêt de travail. Ce jour, il a été admis sous placement d'office par réquisition du wali en raison d'un tableau clinique préoccupant.

Symptômes actuels :

Les symptômes présentés par **Monsieur « C »** incluent :

- irritabilité : réactions émotionnelles exacerbées et difficulté à gérer la frustration.
- Instabilité psychomotrice : agitation excessive, avec des gestes et mouvements incontrôlés.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

-Hétéroagressivité verbale en milieu familial : comportements agressifs et conflits verbaux avec les membres de sa famille.

-Refus alimentaire sélectif : comportement d'opposition lié à l'alimentation, potentiellement sous-tendu par des idées délirantes.

-Insomnie mixte : difficultés à l'endormissement et réveils nocturnes fréquents.

-Fugues répétées du domicile : actes impulsifs traduisant une perte de repères ou une recherche de fuite face au contexte familial ou social.

Ces troubles évoluent depuis 2021, marqués par une activité délirante de perfection, caractérisée par des idées irréalistes et rigides concernant ses capacités ou ses attentes.

Antécédents familiaux et sociaux :

- Pas d'antécédents familiaux signalés sur le plan médical ou psychiatrique.

- Conflits familiaux récents exacerbés par des comportements agressifs et des idées délirantes.

-Contexte professionnel : l'arrêt de travail pourrait être un facteur aggravant, en lien avec des idées de surinvestissement professionnel ou un sentiment d'échec.

Le MMPI-2 constitue un outil indispensable pour approfondir l'analyse clinique de **Monsieur « C »** et orienter sa prise en charge. Les résultats permettront de :

- Stabiliser les symptômes aigus (irritabilité, agressivité, insomnie).

- Mettre en place un traitement pharmacologique pour réduire les idées délirantes et réguler l'humeur.

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Proposer un accompagnement psychosocial pour travailler sur les conflits familiaux et faciliter une éventuelle reprise professionnelle.

Cette approche vise à restaurer une stabilité psychique et sociale, tout en réduisant le risque de récurrence ou de comportements dangereux.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité classique sont au-dessous de la moyenne ce qui signifie que ce patient est à l'aise par rapport à sa propre image, qu'il a un manque de participation, et qu'il exagère ses troubles et le patient manifeste des ressources suffisantes pour un éventuel prise en charge.

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle d'hypocondrie (HS=113), cette note suggère que ce patient est schizoïde, idées délirantes corporelles somatiques limité, figé par des symptômes et des plaintes multiples.
- Sa deuxième note est à l'échelle de paranoïa (PA=90) Ceci démontre qu'il développe des troubles de pensées, croyances erronées et idées de référence.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle de déviation psychopathique (PD=89), qui signifie que ce patient est très suggestible, épisodes soudains d'angoisse et de panique, crises de colère infantile et défaut d'inhibition.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (1, 6,4), (HS, PA, PD) où le 1, 6,4 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cas N°4: entretien avec Monsieur « D » : le 19 février 2025

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Monsieur « D »** après avoir pris connaissance des objectifs de l'étude. Cet échange, d'une heure environ, s'est déroulé dans un espace confidentiel du service de cure libre homme, le 19 février 2025 en matinée.

Informations générales :

Monsieur « D », âgé de 49 ans, est marié et père de quatre enfants. Il possède un niveau d'éducation correspondant à la deuxième année secondaire et a travaillé dans le domaine du commerce. Actuellement, il présente des troubles psychologiques et comportementaux sévères, ayant conduit à sa sixième hospitalisation en psychiatrie dans le cadre d'une évaluation diagnostique et thérapeutique. Son tableau clinique inclut une insomnie persistante, une irritabilité marquée, une anxiété envahissante, des comportements hétéroagressifs physiques et des idées suicidaires, reflétant une importante désorganisation psychique et un risque élevé d'auto- et hétéro-agressivité. Les antécédents familiaux et sociaux ne sont pas détaillés, mais la chronicité de ses hospitalisations suggère une pathologie sous-jacente récurrente ou complexe, nécessitant une analyse approfondie de ses dynamiques familiales et psychosociales pour optimiser sa prise en charge.

Axe1 : antécédents personnels et relationnels :

Avant son hospitalisation, **Monsieur « D »** décrivait une existence marquée par une apparente tranquillité troublée par des difficultés de santé persistantes, notamment des douleurs aux jambes qui l'ont conduit à se rendre à Marseille pour se faire soigner, comme il le précise : « *Je suis parti en France pour mes jambes, j'espérais trouver une solution* ». Après avoir travaillé quelque temps avec ses frères, un différend familial l'a obligé à rentrer, événement qu'il relate avec amertume : « *On était ensemble, mais un malentendu a tout gâché. Je n'ai*

pas eu le choix ». Son histoire personnelle est jalonnée d'épreuves douloureuses : l'abandon de ses études en 1992, son statut d'orphelin, ainsi qu'un traumatisme lié à la décennie noire, autant d'éléments qui semblent avoir profondément marqué son parcours. Ses relations familiales sont tendues, et il avoue ne compter sur aucun soutien amical, trouvant un réconfort exclusif dans sa foi : « *Je n'ai que Dieu. Ma famille ne me comprend pas* ». À la veille de son admission, il traversait une période de détresse intense, exacerbée par ses problèmes physiques, le menant à un profond désengagement : « *J'ai tout laissé tomber. À quoi bon ?* ».

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Monsieur « D » présente un parcours psychologique complexe remontant à 1992, marqué par des épisodes récurrents de détresse. Comme il le souligne lui-même : « *Ça fait des années que je lutte, depuis l'arrêt de mes études* ». Son dossier révèle quatre diagnostics successifs établis par des professionnels à Oued 3issi, bien qu'il ne mentionne pas toujours ces évaluations de manière cohérente. Il décrit avoir traversé des phases de dépression sévère « *Par moments, je sombrais complètement* », accompagnées de comportements impulsifs « *Je faisais des choses que je regrettais après* » et d'instabilité émotionnelle marquée « *Mon humeur changeait du jour au lendemain* ».

Sur le plan des habitudes de vie, il reconnaît une consommation intermittente de tabac et de cannabis « *Une canette de temps en temps, pour m'aider à tenir* », tout en minimisant son impact.

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation sociale :

Monsieur « D » dépeint une routine quotidienne organisée et paisible, articulée principalement autour de son activité professionnelle qu'il valorise explicitement : « *Mon travail me structure, j'y trouve une vraie satisfaction* ». Il se définit comme sociable « *Je suis quelqu'un d'amicable, j'aime échanger* »,

et ne rapporte pas de tensions notables dans ses relations, bien que cette affirmation contraste avec ses antécédents familiaux conflictuels. Ses loisirs, centrés sur des activités sportives variées (football, natation, sports en salle), témoignent d'une préservation de ses intérêts : « *Le sport me détend, surtout le foot en équipe* ». Cependant, cette description d'un fonctionnement « *normalisé* » s'accompagne d'une minimisation frappante de l'impact de ses troubles psychiatriques anciens : « *Je ne me sens pas limité. Avec une bonne occupation, surtout le travail, ça va* ».

Axe4 : profil de personnalité et perceptions personnelles :

Monsieur « D » se décrit comme une personne « *fragile mais au bon cœur* », adoptant généralement une attitude conciliante pour éviter les conflits, comme il l'exprime lui-même : « *J'évite au maximum les problèmes* ». Cependant, cette apparente placidité masque une sensibilité exacerbée, puisqu'il reconnaît réagir avec une intensité disproportionnée à certains stressants : « *Parfois, une toute petite chose peut me bouleverser complètement* ». Bien qu'il affirme manquer de confiance en lui : « *Je doute souvent de mes capacités* », il évoque l'existence de pensées ou croyances récurrentes non précisées qui semblent influencer son état émotionnel, laissant supposer la présence de ruminations ou de schémas cognitifs dysfonctionnels.

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Monsieur « D » exprime d'abord un profond espoir de retrouver une paix intérieure à travers son hospitalisation, qu'il formule poétiquement en darija : « *J'espère atteindre la tranquillité⁵, la sérénité et le bien-être* », une quête motivée principalement par son désir d'être présent pour ses enfants : « *Ce qui me donne force, c'est de voir mes enfants grandir et réussir* ». Cependant, cet élan positif est tempéré par une ambivalence marquée face au traitement « *Le*

⁵ « *Ad ravhagh lhen-a d lxxir...* »

traitement est dur, je ne sais pas si je pourrai tenir », révélant des attentes floues mélangées à des craintes non verbalisées. Ses objectifs, bien que clairs sur le fond « *Devenir assez stable pour leur offrir un avenir meilleur* », restent imprécis sur les moyens concrets pour y parvenir, reflétant à la fois sa résilience parentale et ses difficultés à s'approprier pleinement le processus thérapeutique. Cette tension entre motivation familiale et appréhension face aux soins dessine les contours d'un équilibre précaire, où l'espoir d'apaisement coexiste avec la crainte de ne pas y parvenir.

Durant l'entretien, **Monsieur « D »** a présenté une oscillation émotionnelle marquée entre deux pôles apparemment contradictoires. D'un côté, il adopte une posture de résignation apparente, résumée par sa déclaration : « *J'ai abandonné tout* », suggérant un désinvestissement global. D'un autre côté, l'évocation de ses échecs passés (abandon des études, conflits familiaux non résolus) provoque chez lui des réactions affectives intenses, se traduisant par des accès d'irritabilité « *Pourquoi revenir là-dessus* » et des manifestations impulsives (gestes brusques, ton soudainement élevé).

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Présentation et analyses des données du test MMPI-2 :

Présentation du cas N°4:

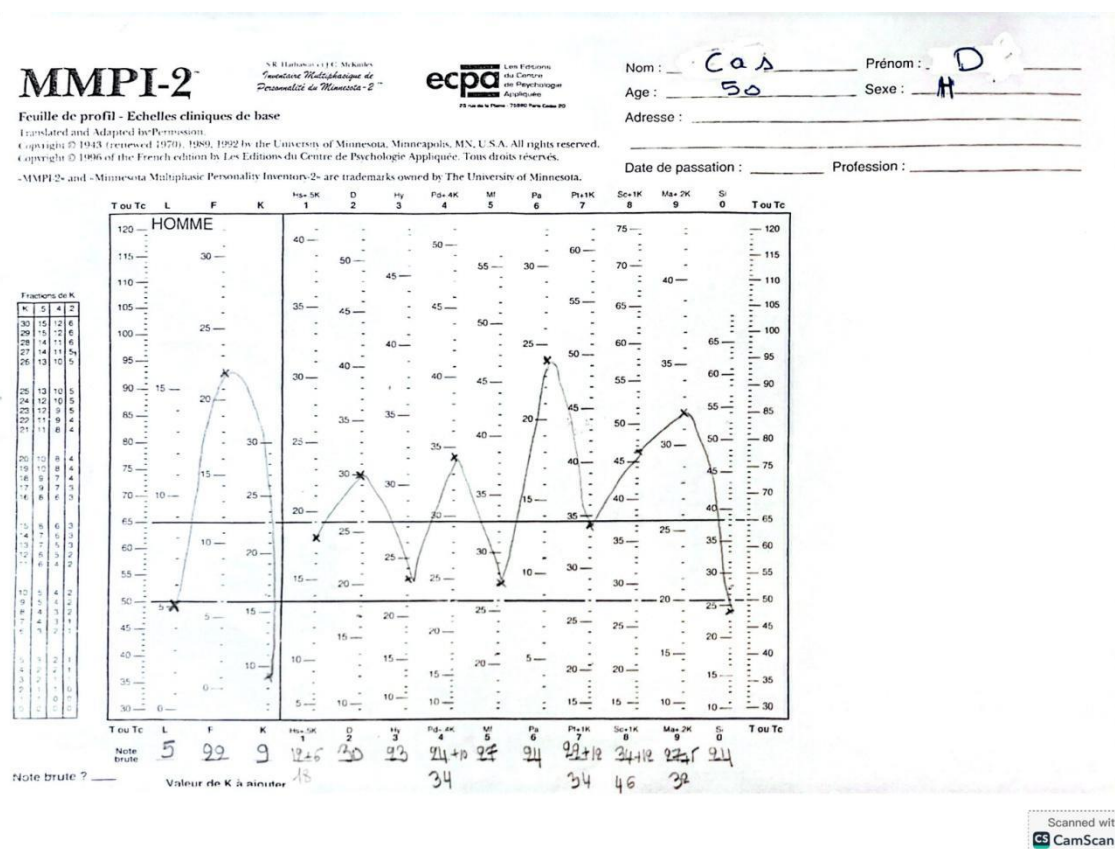


Figure N°4 : cotation du cas « D »

Informations générales :

Monsieur « D » âgé de 49 ans, est marié et père de quatre enfants. Il a un niveau d'éducation de deuxième année secondaire et a exercé dans le domaine du commerce. Il a été admis aux urgences en raison de troubles psychologiques et comportementaux graves. Cette hospitalisation constitue sa sixième admission, dans le cadre d'une mise au point diagnostique et thérapeutique.

Symptômes actuels :

Le tableau clinique à l'admission inclut :

- Insomnie : difficultés à dormir, entraînant une fatigue psychique et physique importante.

- Irritabilité : hyperréactivité émotionnelle avec des accès fréquents de colère.
- Anxiété massive : état d'inquiétude permanent et envahissant, avec des symptômes somatiques possibles (tremblements, tachycardie).
- Hétéroagressivité physique : comportements violents envers autrui, représentant un danger pour l'entourage.
- Idées suicidaires : pensées de mort ou intentionnalité suicidaire nécessitant une surveillance rapprochée.

Ces symptômes traduisent une désorganisation psychologique importante et un risque accru d'auto- et hétéro agressivité.

Antécédents familiaux et sociaux :

Marié, père de quatre enfants : les interactions familiales doivent être explorées pour évaluer l'impact de ses troubles sur ses proches. Sixième hospitalisation psychiatrique : suggère une pathologie chronique ou récurrente nécessitant un suivi régulier. Pas d'informations sur des antécédents familiaux, mais un lien héréditaire ou psychosocial pourrait être pertinent à investiguer.

Le MMPI-2 est un outil essentiel pour approfondir l'analyse clinique de **Monsieur « D »** et guider son traitement. Les résultats permettront de :

- Mettre en place une stabilisation pharmacologique, ciblant l'anxiété, l'insomnie et les idées suicidaires.
- Proposer un accompagnement psychothérapeutique, axé sur la gestion des émotions, la réduction des comportements agressifs et la prévention des récurrences.
- Élaborer une prise en charge familiale, pour limiter les impacts sur ses proches et renforcer les réseaux de soutien.

Cette approche vise à réduire les risques immédiats et à stabiliser durablement l'état psychologique de **Monsieur « D »**.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité classique sont au-dessous de la moyenne ce qui tendent à montrer que cet homme a de la confiance en soi et indépendant, et comme il est âgé il a des limites en lecture.

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle de paranoïa (PA=95), cette note suggère qu'il développe des troubles de la pensée, croyances erronées et peut agir sous l'influence d'hallucination.
- Sa deuxième note est à l'échelle schizophrénie (SC=88) Ceci démontre qu'il développe des pensées désorganisées, comportement excentrique, repliement social et halluciné.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle d'hypomanie (MA=85), qui signifie que ce patient est schizoïde, idées délirantes corporelles ou somatiques limité, figé par des symptômes et des plaintes multiples.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (6, 8,9), (PA, SC, MA) où le 6, 8,9 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cas N°5: entretien avec Monsieur « E » : le 20 février 2025 :

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Mademoiselle « E »**, après lui avoir expliqué le but de la recherche et obtenu son consentement.

L'entretien a eu lieu dans un bureau du service de cure libre femme, le 20 février 2025 à 11h, et a duré une heure.

Information générales :

Elle s'est présentée comme une femme de 31 ans, célibataire, diplômée d'un Master 2 en langue française, et travaille actuellement comme enseignante dans une école privée.

Axe I : antécédents personnels et relationnels :

Avant son hospitalisation, elle dit qu'elle allait bien, mais qu'elle avait parfois des changements d'humeur, disant : « *En général j'allais bien, mais parfois j'avais des hauts et des bas, je changeais d'humeur facilement* ». Elle évoque un traumatisme dans son enfance lié à une chute, un événement qui l'a profondément marquée, qu'elle évoque en pleurant, disant : « *Je suis tombée quand j'étais petite... ça m'a beaucoup marquée, je n'ai jamais oublié.* ». Elle parle d'une bonne relation avec ses sœurs, qu'elle considère comme un soutien important, disant : « *Mes sœurs m'aident beaucoup, elles sont là pour moi* ».

En ce qui concerne les tensions dans sa vie, elle évoque avec émotion les accusations répétées de son oncle, disant : « *Mon oncle disait que j'étais une prostituée... il répétait ça sans arrêt* ».

Elle explique que cette situation a bouleversé son quotidien, disant : « *Je faisais semblant d'aller à l'école, mais en fait je restais cachée sous l'escalier toute la journée* ». Elle a dû reprendre plusieurs fois son baccalauréat par correspondance, de 2014 à 2018 disant : « *J'ai passé le bac par correspondance, j'ai recommencé plusieurs fois, de 2014 à 2018* ».

Elle pense que son oncle et sa femme lui ont jeté un sort lié aux études, ce qu'elle appelle une « sorcellerie d'étude »⁶ disant : « *Je suis sûre qu'ils m'ont fait de la sorcellerie, un sort pour que je rate mes études* ».

⁶ « ...shur n lqeraya... »

Malgré tout cela, elle affirme pouvoir compter sur ses sœurs, disant : *«Heureusement que mes sœurs ne m'ont jamais crue coupable, elles sont restées à mes côtés ».*

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Elle raconte que ses premières difficultés psychologiques remontent à 2012, notamment après une rupture avec son ex-petit ami et la trahison d'une amie proche, disant : *« C'est après une rupture et la trahison d'une amie en 2012 que tout a commencé ».*

Elle dit qu'elle a vécu une période difficile, marquée par une grande tristesse et des crises d'angoisse, disant : *« J'étais très triste, j'avais beaucoup d'angoisses ».* Elle a été suivie par un psychiatre pour de l'anxiété, disant : *«J'ai vu un psychiatre, il m'a dit que c'était de l'anxiété. »* .Elle affirme qu'elle ne consomme aucune substance, disant : *« Je ne fume pas, je ne bois pas, je ne prends rien».* Concernant les comportements impulsifs, elle dit qu'elle n'en a pas, mais qu'elle connaît des changements fréquents d'humeur, disant : *« Je ne suis pas impulsive, mais je passe vite d'un état à un autre».*

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation sociale :

Elle décrit sa journée comme plutôt normale et dit qu'elle n'est pas en conflit avec son entourage proche, disant : *« Mes journées sont normales, je n'ai pas de conflits avec ma famille ».* Elle souligne que ses sœurs n'ont jamais cru aux accusations de son oncle et qu'elles la soutiennent, disant : *« Mes sœurs ne l'ont jamais cru, elles m'ont toujours défendue ».* Parmi ses centres d'intérêt, elle cite le shopping, la musique et les sorties, disant : *« J'aime faire du shopping, écouter de la musique, sortir un peu».* Elle exprime aussi son désir de devenir maman un jour, en disant en pleurant : *« Je veux avoir des enfants... je veux les prendre dans mes bras, les câliner».* Elle estime que son trouble affecte

surtout sa vie sociale, disant : « *C'est surtout ma vie sociale qui est touchée, je me sens différente* ».

Axe4 : profil de personnalité et perceptions personnelles :

Elle se décrit comme une personne forte de caractère, capable de faire face aux situations difficiles sans se laisser envahir par la peur, disant : « *Je suis forte, je ne me laisse pas abattre facilement* ». Elle dit qu'elle traverse des variations d'humeur, parfois joyeuse, parfois triste, disant : « *Il y a des jours où je suis bien, et d'autres où je suis triste sans raison* ». Elle ne parle pas de croyances particulières ni de pensées envahissantes, disant : « *Je n'ai pas d'idées bizarres, je ne pense pas qu'on me veut du mal* ».

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Elle dit espérer ne pas rester longtemps à l'hôpital et souhaite guérir, disant : « *J'espère sortir bientôt, je veux aller mieux* ». Elle exprime cependant une peur des effets secondaires du traitement, disant : « *J'ai peur des effets secondaires, parfois les médicaments me fatiguent* ». À long terme, elle souhaite reprendre son travail et retrouver un équilibre mental, disant : « *Je veux retourner enseigner et retrouver une vie normale, stable* ».

Durant l'entretien, **Mlle « E »** s'est montrée comme une personne forte, cherchant activement à surmonter ses difficultés, malgré un fond de tristesse évident lié à son vécu. Elle répondait rapidement à nos questions et soulignait qu'elle appréciait de parler à un psychologue, disant : « *J'aime parler au psychologue, ça m'aide à comprendre ce que je ressens et à vider ce que j'ai sur le cœur* ».

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

- Présentation et analyses de données du test MMPI-2 :

Présentation du cas N°5:

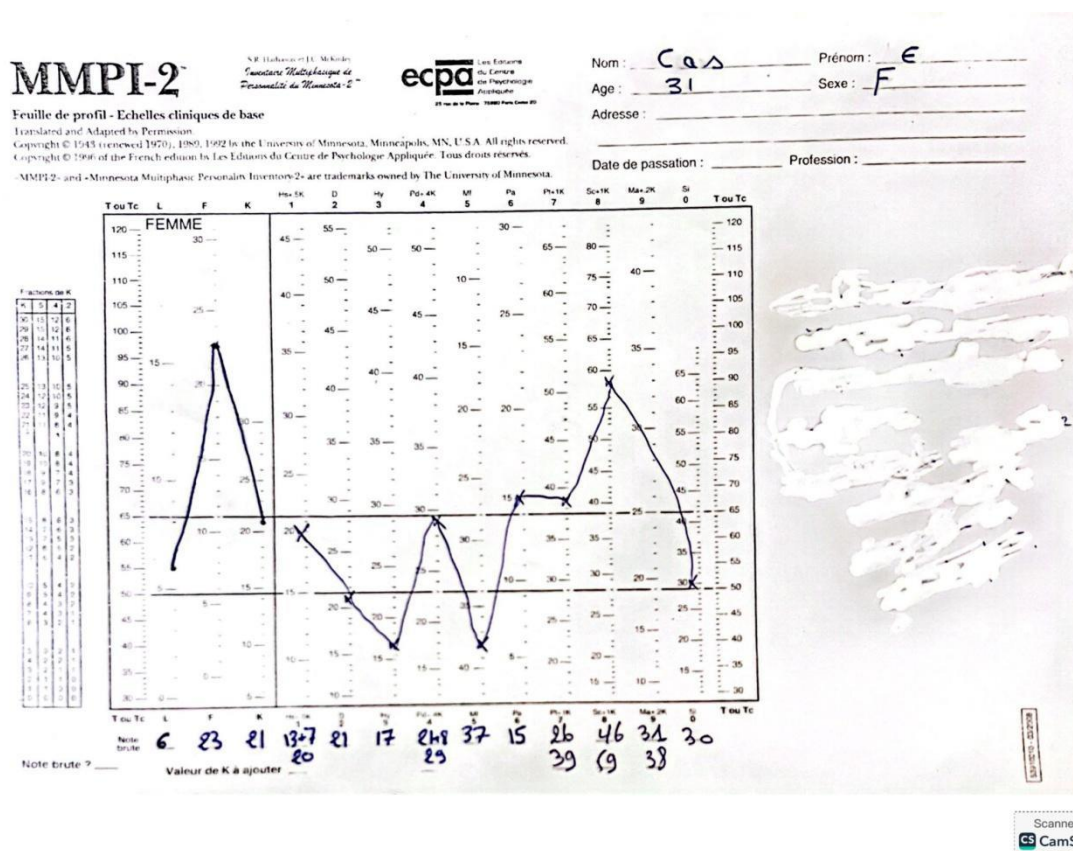


Figure N°5 : cotation du cas « E »

Informations générales

Mademoiselle « E », âgée de 31 ans, est célibataire et réside à Tazmalt. Elle est titulaire d'un diplôme universitaire en langues étrangères. Elle a été ramenée de l'hôpital Frantz Fanon ce jour par sa famille, dans un contexte de rechute d'un trouble bipolaire de type 1.

Symptômes actuels :

Le tableau clinique actuel est caractérisé par :

- Irritabilité : hyperréactivité émotionnelle, avec des accès fréquents de colère et des réactions impulsives.

- Dépenses excessives : comportements maniques traduisant une désinhibition dans la gestion financière.
- Fugues répétées de la maison : actes impulsifs de fuite témoignant d'un déséquilibre psychologique.
- Insomnie quasi-totale : absence de sommeil réparateur, aggravant l'état maniaque et la désorganisation.

Ces symptômes traduisent une phase maniaque active, typique du trouble bipolaire de type 1, nécessitant une prise en charge rapide et adaptée.

Antécédents familiaux et sociaux :

Pas d'antécédents familiaux psychiatriques signalés.

Conflits familiaux potentiels en raison de la désorganisation comportementale et des symptômes maniques.

Contexte social marqué par une situation de célibat, avec un niveau d'éducation universitaire qui peut influencer la perception et la gestion de son trouble.

Le MMPI-2 constitue un outil clé pour approfondir l'analyse clinique de **Mademoiselle «E»** et orienter son traitement. Les résultats permettront de :

- Stabiliser rapidement la phase maniaque grâce à une intervention médicamenteuse adaptée.
- Élaborer un suivi psychothérapeutique visant à prévenir les récurrences et à mieux gérer les relations sociales et familiales.
- Proposer un accompagnement familial pour soutenir l'entourage et renforcer les mécanismes de soutien autour de la patiente.

Cette approche vise à réduire les risques immédiats et à favoriser une meilleure stabilité psychique et émotionnelle à long terme.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité classique sont au-dessous de la moyenne ce qui signifie qu'elle a l'aise par rapport à sa propre image, a une attitude défensive, modéré et elle est capable de s'adapter comme elle a de la confiance en soi

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle de la schizophrénie (SC=90), une note élevée à cette échelle démontre qu'elle présente des pensées désorganisées, comportements excentriques, est délirant, repliement social.
- Sa deuxième note est à l'échelle de Paranoïa (PA= 69), ceci démontre qu'elle est coléreuse et rancunière, déplace les reproches et les critiques.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle de la psychasthénie (PT=68) démontre qu'elle est inquiète et anxieuse et peur de l'échec.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (8, 6,7), (SC, PA, PT) où le 8, 6,7 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Cas N°6: entretien avec Monsieur « F » : le 23 février 2025 :

Nous avons mené un entretien semi-directif avec **Monsieur « F »**, après lui avoir expliqué le but de la recherche et obtenu son consentement. L'entretien a eu lieu dans un bureau du service de cure libre pour hommes, le 23 février 2025, et a duré une heure.

Information générales :

Il s'est présenté comme un homme de 38 ans, célibataire, ingénieur de formation, passionné par son travail et très actif avant son hospitalisation.

Axe1 : antécédents personnels et relationnels :

Il dit que son état s'est détérioré après le décès de sa mère en 2015, un événement qu'il considère comme un tournant majeur dans sa vie, disant : « *Quand ma mère est décédée en 2015, ma vie a basculé* ». Il explique que ses troubles ont commencé en 2001, dans un contexte de stress intense lié à la recherche d'emploi, disant : « *J'ai commencé à avoir des problèmes en 2001, c'était une période très stressante, je cherchais du travail* ». Il précise que la situation s'est aggravée avec le temps, disant : « *Petit à petit, ça s'est aggravé* ». Cette hospitalisation est la quatrième, et il est actuellement suivi par un psychiatre pour un trouble psychotique, disant : « *C'est ma quatrième hospitalisation, je suis suivi pour un trouble psychotique* ».

Axe2 : symptômes et troubles psychiatriques :

Il affirme n'avoir jamais eu de tensions personnelles importantes, mais plutôt des difficultés professionnelles, disant : « *Dans ma vie personnelle, ça va. Ce sont surtout les problèmes professionnels qui m'ont pesé* ». Il raconte notamment un épisode marquant à Hassi Messaoud, où il s'est retrouvé désorienté, errant plusieurs jours sans traitement, disant : « *À Hassi Messaoud, j'étais perdu, je suis resté plusieurs jours sans traitement, je marchais sans but* ». Il ajoute avoir été aidé par une personne qui a contacté sa famille, disant : « *Heureusement, une personne m'a aidé, elle a appelé ma famille* ».

Il insiste sur la bonne relation qu'il entretient avec ses proches, en particulier son père, qu'il considère comme un appui essentiel, disant : « *Mon père est mon soutien principal, on s'entend très bien* ». Il reconnaît avoir parfois des comportements impulsifs, qu'il relie à des changements d'humeur, disant : « *Des fois, je réagis vite, c'est à cause des changements d'humeur* ». Il parle d'épisodes d'agitation, d'irritabilité et d'errance sans but, notamment lors de sa dernière rechute, qu'il attribue à un déséquilibre dans la prise de son traitement,

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

disant : « *La dernière fois, j'étais agité, irrité, je sortais sans raison... c'était parce que je ne prenais pas bien mon traitement* ».

Il dit également fumer régulièrement et consommer de l'alcool de manière occasionnelle, disant : « *Je fume souvent, et je bois parfois, mais pas beaucoup* ».

Axe3 : fonctionnement quotidien et adaptation sociale :

Il décrit sa journée comme organisée autour de petites routines, comme le café et la cigarette du matin, disant : « *Le matin, c'est café et cigarette. J'ai mes petites habitudes* ». Il ne se sent ni en conflit ni incompris, disant : « *Je n'ai pas de conflits, je me sens compris* ». Il trouve du plaisir dans les voyages, les promenades et les découvertes, disant : « *J'aime voyager, marcher, découvrir de nouveaux endroits* ». Il se décrit comme une personne forte, qui a surmonté ses peurs, même si son trouble continue d'affecter certains aspects de sa vie quotidienne, disant : « *Je suis quelqu'un de fort, j'ai dépassé mes peurs, mais la maladie est toujours là* ».

Axe4 : profil de personnalité et perceptions personnelles :

Il affirme qu'il ne souffre pas actuellement de pensées envahissantes ou de croyances particulières, disant : « *En ce moment, je n'ai pas d'idées bizarres ou de pensées qui me dérangent* ». Mais il reconnaît qu'il a déjà eu le sentiment d'être observé ou suivi, ce qu'il relie à son trouble, disant : « *Il y a eu des moments où je pensais qu'on m'observait, mais je sais que c'était à cause de la maladie* ». Il dit avoir pris du recul par rapport à ces idées, disant : « *Maintenant, j'ai du recul. Je sais faire la différence.* ».

Axe5 : espoirs et objectifs thérapeutiques :

Enfin, il exprime son espoir de guérison, disant : « *Je crois en la guérison, j'ai de l'espoir* ». Il ne manifeste aucune crainte face au traitement proposé, disant : « *Je n'ai pas peur du traitement, je suis prêt à le suivre* ». Il partage

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

également son objectif à long terme : repasser le baccalauréat et réaliser son rêve de devenir médecin, disant : « *Mon rêve, c'est de repasser le bac et devenir médecin* ».

Durant l'entretien, **Monsieur « F »** s'est montré comme un homme instruit, en lien aussi avec le monde de la psychologie, et a manifesté un réel intérêt pour ce domaine. Il a également donné l'impression d'être un homme fort, répondant à nos questions avec confiance, disant : (« *J'aime beaucoup la psychologie, ça m'intéresse vraiment. Et je suis quelqu'un de solide, je le sais* »).

- Présentation et analyse des données du test MMPI-2 :

Présentation du cas N°6:

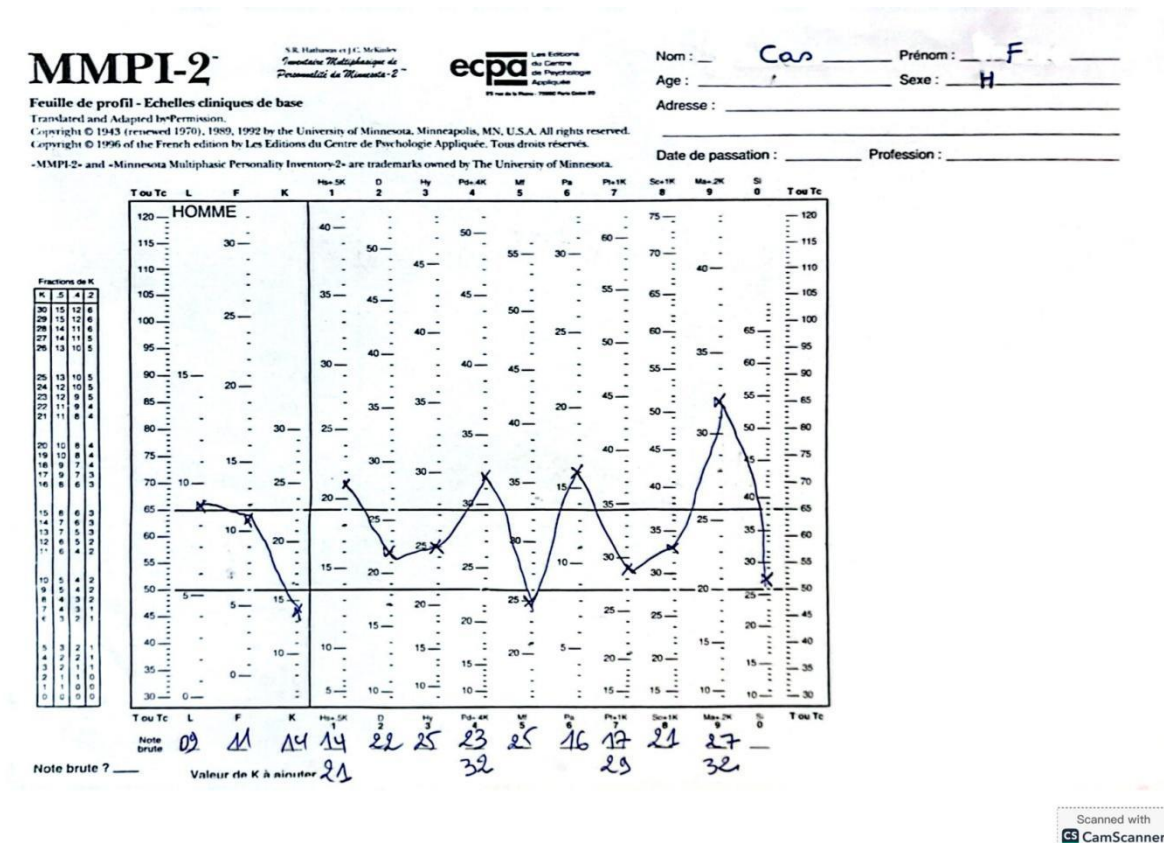


Figure N°6 : cotation du cas « F »

Informations générales :

Monsieur «F » âgé de 38 ans, est célibataire et réside à l'Ekseur. Il a été ramené par son frère sous réquisition du wali, en raison de troubles majeurs du comportement.

Symptômes actuels :

Le tableau clinique observé inclut :

Instabilité psychomotrice : agitation marquée et comportements désorganisés.

Irritabilité : hyperréactivité émotionnelle et agressivité potentielle.

Conduite d'errance : déplacements incohérents et sans but précis.

Insomnie quasi totale : absence de sommeil réparateur, aggravant l'état psychologique.

Ces troubles évoluent depuis environ deux mois, faisant suite à une prise anarchique de son traitement, ce qui pourrait avoir précipité l'aggravation de son état.

Antécédents familiaux et sociaux :

Rang dans la fratrie : **Monsieur « F »** est le deuxième d'une fratrie de quatre enfants (deux garçons et deux filles).

Situation parentale :

- Mère décédée.
- Père vivant.

Aucun antécédent familial médical ou psychiatrique significatif n'est rapporté.

Son profil au MMPI-2 est le suivant:

Tous les indices de validité classique sont au-dessous de la moyenne ce qui signifie que ce patient a une rigidité et moraliste il demande de l'aide, comme ce patient est agressif il a un risque élevé de passage à l'acte et le patient manifeste des ressources suffisantes pour une éventuel prise en charge.

Les résultats aux échelles cliniques sont les suivants :

- Sa première note la plus élevée aux échelles cliniques est celle de l'hypomanie (MA=85), une note très élevée à cette échelle démontre que le patient est irritable, contrôle mal ses colères, hyperactif et destructible, décisions impulsives.
- Sa deuxième note est à l'échelle paranoïa (PA=72), Ceci démontre que le patient est coléreux et rancunier, déplace les reproches et les critiques, hostile et soupçonneux.
- Sa troisième note élevée est à l'échelle de déviation psychopathique (Pd=71), Ceci démontre qu'il supporte mal l'ennuie et l'oisiveté, a des problèmes face à l'autorité.

Synthèse :

Les résultats obtenus démontrent que le patient présente un profil clinique avec la configuration suivante : (9, 6,4), (MA, PA, PD) où le 9, 6,4 sont élevés. Cela soulève l'hypothèse d'une structure psychotique qui nécessite une prise en charge multidisciplinaire.

Tableau n°4 : Tableau récapitulatif des résultats des six patients selon le MMPI-2 :

| Prénom du Patient | Configuration (Échelle) | Valeurs (Scores) | Interprétation Clinique |
|-------------------|-------------------------|----------------------------|---|
| Mme A | (4, 6, 3) | Pd=82, PA=79, HS=79 | Structure psychotique, instabilité, idées délirantes corporelles. |
| M. B | (6, 8, 9) | PA=110, SC=94, MA=85 | Structure psychotique, pensées désorganisées, comportement excentrique. |
| M. C | (1, 6, 4) | HS=113, PA=90, PD=89 | Hypocondrie, idées délirantes corporelles, impulsivité. |
| M. D | (6, 8, 9) | PA=95, SC=88, MA=85 | Paranoïa, repli social, comportement excentrique. |
| Mlle E | (8, 6, 7) | SC=90, PA=69, PT=68 | Schizophrénie, paranoïa, anxiété et peur de l'échec. |
| M. F | (9, 6, 4) | MA=85, PA=72, PD=71 | Hypomanie, paranoïa, impulsivité face à l'autorité. |

Légende des Échelles :

- **Pd** : Déviation psychopathique.
- **PA** : Paranoïa.
- **HS** : Hypocondrie.
- **SC** : Schizophrénie.
- **MA** : Hypomanie.
- **PT** : Psychasthénie.

Ce tableau reprend les informations essentielles des résultats du MMPI-2 pour chaque cas étudié, de manière concise et structurée.

2. Discussion des hypothèses :

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos six cas de recherche, nous arrivons enfin à l'étape de la discussion de ces résultats.

Notre unique hypothèse sera donc ici éventuellement confirmée ou infirmée et ce, en partant de l'analyse de l'entretien semi-directif effectué sur les 6 cas de notre groupe de recherche, ainsi que celle du test MMPI-2.

Hypothèse : « Les profils de personnalité sont d'allure psychotiques, névrotiques ou relevant des états limites »

Pour vérifier cette hypothèse, nous nous sommes appuyés sur les résultats d'entretien semi-directif de recherche avec les patients et ainsi que ceux du MMPI-2.

CAS N°1 :

L'entretien avec **Mme A** révèle une femme marquée par un vécu traumatique ancien, un isolement affectif persistant et une souffrance psychique profonde. Son récit, traversé par des souvenirs douloureux et des relations

familiales tendues, met en lumière une fragilité émotionnelle constante, accentuée par un sentiment d'abandon et de persécution. La figure de la belle-sœur, vécue comme menaçante, occupe une place centrale dans ses préoccupations, alimentant un climat intérieur d'angoisse et de méfiance. Face à cette détresse, **Mme A** s'appuie fortement sur sa foi, qu'elle mobilise comme un refuge contre l'insécurité et les pensées négatives. Malgré une faible estime d'elle-même et des difficultés d'adaptation au quotidien, elle conserve une forme d'espérance, exprimée à travers son souhait de retrouver une stabilité psychique et de construire une vie conjugale fondée sur le respect et la bienveillance. Son discours, empreint de tristesse et de retenue, témoigne à la fois d'un besoin de réconfort et d'une certaine lucidité sur ses limites et ses aspirations.

Les résultats du MMPI-2 révèlent un profil psychotique marqué, avec des scores élevés en Paranoïa (PA=79), psychopathique (PD=82) et Hypochondrie (HS=79), indiquant une altération significative du rapport à la réalité. Ces scores suggèrent la présence d'idées délirantes de persécution, d'une désorganisation cognitive, ainsi qu'une instabilité émotionnelle. Le tableau clinique est caractérisé par des comportements hétéroagressifs, des symptômes somatiques sans explication médicale, une tentative de suicide et des troubles du sommeil persistants. L'isolement social et les conflits familiaux renforcent ses troubles. Bien que la validité du test soit bonne, la patiente minimise ses symptômes, ce qui pourrait refléter des mécanismes de défense clivants. La prise en charge devrait inclure un traitement médicamenteux, une psychothérapie axée sur la gestion de l'impulsivité et des distorsions cognitives, ainsi qu'un travail familial. Le pronostic reste réservé, en raison de la chronicité de l'état et de l'ambivalence de la patiente face au traitement.

A partir de toutes ces données recueillies, on en vient à conclure que le profil de personnalité chez cette patiente est d'une structure psychotiques. Ce qui confirme, notre hypothèse de recherche.

CAS N°2 :

D'après l'analyse des données recueillies lors de l'entretien avec **Monsieur B**, nous observons d'abord la complexité de sa situation psychiatrique, marquée par une rechute avec troubles du comportement, une consommation de substances psychoactives et une mauvaise observance thérapeutique. Le patient présente une certaine anosognosie, minimisant ses difficultés en décrivant une vie "tout à fait normale" malgré des symptômes évidents. Un élément central apparaît être le décès de son père, avec lequel il entretenait un lien privilégié, et qui semble constituer un facteur déclenchant dans sa décompensation psychique. Cette perte, combinée à son statut d'enfant unique, pourrait expliquer en partie son isolement social actuel et son mal-être. Par ailleurs, on note une ambivalence dans son rapport au soin : bien qu'il exprime un espoir de développement personnel grâce à l'hospitalisation, il reste réservé et peu enclin à explorer ses vulnérabilités. Cette position paradoxale, entre demande implicite d'aide et résistance, nécessitera une approche thérapeutique progressive et adaptée pour renforcer son engagement dans le processus de soins.

Les résultats au MMPI-2 mettent en évidence un profil psychopathologique complexe chez ce jeune patient. La triade élevée (Paranoïa=110, Schizophrénie=94, Hypomanie=85) dessine une structure psychotique caractérisée par une altération du contact avec la réalité, des mécanismes projectifs marqués et une désorganisation cognitive importante. Ces éléments corroborent le tableau clinique observé, combinant anxiété envahissante, isolement social et manifestations hétéro-agressives. La bonne validité du profil (absence de biais de réponse) renforce la fiabilité de ces résultats, tout en

soulignant la paradoxale conscience par le patient de ses difficultés, malgré ses tendances défensives. Cette configuration suggère fortement un trouble psychotique émergent, probablement exacerbé par la consommation de substances et le traumatisme non résolu du deuil paternel. Elle implique une prise en charge urgente et multidimensionnelle, associant traitement médicamenteux, cadre thérapeutique structurant et travail psychothérapique adapté, avec un accent particulier sur la gestion des conduites addictives et la reconstruction des liens sociaux. Le pronostic reste réservé, nécessitant un suivi rapproché pour prévenir les risques de rechute et d'aggravation.

Ainsi, on en vient à conclure que le profil de personnalité chez ce patient est de structure psychotique. Ce qui confirme notre hypothèse.

CAS N°3 :

D'après les informations recueillies lors de l'entretien, la situation de **Monsieur C** révèle une décompensation psychiatrique aiguë, caractérisée par des troubles du comportement (agressivité, fugues), des symptômes psychotiques (délire de perfectionnisme) et une faible conscience de sa maladie. Malgré des diagnostics antérieurs, il minimise ses difficultés, se percevant comme "normal». Les données recueillies mettent en évidence que les tensions familiales et son isolement semblent avoir précipité sa crise. Bien qu'il exprime le souhait de retrouver une santé stable, il rejette les médicaments et reste ambivalent face aux soins, oscillant entre demande d'aide et résistance. L'analyse des éléments recueillis montre que son manque d'insight et ses mécanismes de défense rigides compliquent la prise en charge. Un travail sur l'alliance thérapeutique et la reconnaissance de ses troubles sera essentiel pour stabiliser son état.

Les résultats au MMPI-2 mettent en évidence les résultats révèlent une structure psychotique marquée par une triade élevée (Hypocondrie=113, Paranoïa=90, Déviation psychopathique=89), reflétant des préoccupations

somatiques rigides, des idées délirantes et une impulsivité. La faible validité des réponses indique une minimisation de ses troubles, malgré des symptômes sévères (agressivité, fugues, délire de perfectionnisme). Ce profil confirme la nécessité d'une prise en charge urgente associant traitement médicamenteux, cadre structurant et travail sur l'insight, avec un pronostic réservé compte tenu de sa chronicité et de sa résistance aux soins.

Ainsi, pour conclure l'étude qu'on a menée sur ce patient nous nous arrêtons sur le fait que le profil de personnalité du **patient « C »** est d'une structure psychotique. Et ceci confirme une 2e fois notre hypothèse de recherche.

CAS N°4 :

D'après l'analyse de l'entretien avec **Monsieur D**, sa situation psychiatrique se révèle complexe, caractérisée par des troubles sévères (hétéroagressivité, idées suicidaires, anxiété), une chronicité des hospitalisations et une consommation de cannabis susceptible d'influencer ses symptômes. Le patient présente une minimisation de ses difficultés, dépeignant un quotidien "calme et structuré" malgré une désorganisation psychique évidente et un désinvestissement général ("il a abandonné tout"). Un élément central ressortant est le cumul de traumatismes (abandon des études, décennie noire, conflits familiaux) et l'absence de soutien social, compensée uniquement par sa foi. Son histoire relationnelle, marquée par des malentendus familiaux et un sentiment d'isolement, semble jouer un rôle clé dans ses décompensations répétées. Enfin, son rapport au soin est ambivalent : il exprime un espoir de stabilité (pour ses enfants) mais manifeste une résistance face au traitement ("il est dur"). Cette dualité, entre recherche d'apaisement et craintes non formulées, appelle une prise en charge centrée sur l'alliance thérapeutique et une exploration prudente de ses vulnérabilités pour briser le cycle des rechutes.

Les résultats au MMPI-2 révèlent un profil psychotique marqué par des scores élevés en Paranoïa (95), Schizophrénie (88) et Hypomanie (85),

traduisant une altération majeure du rapport à la réalité avec idéation persécutrice, désorganisation cognitive et instabilité émotionnelle. Ce profil corrobore pleinement le tableau clinique associant anxiété envahissante, hétéroagressivité et insomnie rebelle, dans un contexte de chronicité (6 hospitalisations). La bonne validité du test (coopération franche) contraste avec la minimisation par le patient de ses troubles, soulignant un clivage défensif. Les facteurs aggravants incluent des traumatismes cumulatifs (décennie noire, ruptures familiales), une consommation active de cannabis et un isolement social sévère. La prise en charge nécessite une approche intégrée : stabilisation médicamenteuse (antipsychotiques, anxiolytiques), psychothérapie centrée sur la gestion de l'impulsivité et des mécanismes projectifs, ainsi qu'un travail familial pour restaurer un environnement sécurisant. Le pronostic reste réservé compte tenu de l'ancienneté des troubles et de l'ambivalence thérapeutique, nécessitant un suivi strict pour prévenir les risques suicidaires et les récidives agressives.

On en vient à conclure que le profil de personnalité chez ce patient est d'une structure psychotique. Ce qui confirme notre hypothèse de base.

CAS N°5 :

L'entretien avec **Mlle E** dévoile une personnalité à la fois résiliente et profondément marquée par des blessures anciennes, notamment une enfance perturbée par un climat familial intrusif et accusateur. L'épisode de la chute, évoqué avec émotion, semble avoir laissé une empreinte psychique durable, tout comme les propos violents de son oncle, qui ont fortement entamé son estime de soi et sa trajectoire scolaire. Malgré ces épreuves, **Mlle E** se montre combative, soutenue par un lien affectif solide avec ses sœurs, qui jouent un rôle de soutien affectif essentiel. Elle oscille entre des phases d'humeur fluctuante et une volonté manifeste de garder le contrôle, en se décrivant comme forte et capable d'affronter les difficultés sans se laisser submerger.

Loin d'être dans le repli, elle manifeste des goûts marqués pour la musique, les sorties, et un désir sincère de maternité, qu'elle exprime avec une tendresse douloureuse. L'entretien laisse percevoir une jeune femme en quête de stabilité, attachée à ses repères professionnels et affectifs, et qui semble prête à s'engager dans une démarche de soin, malgré ses appréhensions face au traitement. Son attitude ouverte et sa capacité à verbaliser ses émotions montrent une dynamique positive à soutenir dans un cadre thérapeutique bienveillant.

Les résultats du MMPI-2 de Madame E révèlent un profil psychotique marqué par des scores élevés en (Schizophrénie = 90), (Paranoïa= 69) et (Psychasthénie=68). Ces résultats indiquent des pensées désorganisées, des comportements excentriques et une tendance au repliement social, typiques des troubles psychotiques. La paranoïa, associée à de la rancune et des reproches déplacés, ainsi que l'anxiété et la dépression, témoignent d'une détresse émotionnelle importante. Ce profil clinique suggère la présence d'une structure psychotique sous-jacente, probablement exacerbée par la phase maniaque du trouble bipolaire de type 1. Une prise en charge rapide et multidisciplinaire est donc nécessaire, incluant une stabilisation médicamenteuse pour réguler la phase maniaque, un suivi psychothérapeutique pour traiter l'anxiété et la paranoïa, ainsi qu'un soutien familial pour renforcer les mécanismes de soutien et réduire les risques de récives.

Nous concluons alors d'après tout ceci pour ce cas, qu'il s'agit d'une patiente psychotique, confirmant notre hypothèse de recherche.

CAS N°6 :

L'entretien avec **Monsieur F** met en lumière un parcours de vie marqué par une fragilité psychique ancienne, survenue dans un contexte de pression professionnelle, et amplifiée par un deuil maternel vécu comme un point de bascule. Malgré plusieurs hospitalisations, il conserve une conscience claire de

son trouble et une capacité à en parler avec recul et lucidité, notamment en ce qui concerne ses épisodes de désorganisation ou de suspicion. Son attachement à son père et les liens familiaux semblent constituer un pilier de stabilité dans un quotidien fragilisé par des variations d'humeur, une impulsivité modérée, et une observance thérapeutique parfois instable. **Monsieur F** apparaît comme un homme cultivé, curieux, attache à ses routines et à ses centres d'intérêt, avec une certaine discipline dans la gestion de ses journées. Son discours empreint d'optimisme, de force de caractère et de projets ambitieux – comme celui de devenir médecin – reflète une dynamique constructive, à soutenir dans le cadre d'un accompagnement thérapeutique bienveillant et structurant. Il manifeste une réelle capacité d'introspection, une absence de repli sur soi, et une volonté manifeste de reprendre sa vie en main, malgré les séquelles encore présentes de son trouble.

Les résultats du MMPI-2 de **Monsieur F** révèlent un profil psychotique, marqué par des scores élevés en Hypomanie (Ma = 85), Paranoïa (Pa = 72) et Déviation psychopathique (Pd = 71). Ces scores indiquent une instabilité émotionnelle importante, caractérisée par une irritabilité excessive, des comportements impulsifs, une hyperactivité, ainsi qu'une difficulté à gérer ses colères et à prendre des décisions réfléchies. La paranoïa, avec des tendances à l'hostilité, à la rancune et à la méfiance, ainsi que la déviation psychopathique, suggèrent des problèmes de gestion de l'autorité et une grande difficulté à supporter l'ennui et l'oisiveté. Ces résultats, couplés aux troubles observés (instabilité psychomotrice, errance, insomnie), soulignent la nécessité d'une prise en charge rapide et multidisciplinaire. Une stabilisation médicamenteuse, un suivi psychothérapeutique pour mieux gérer l'impulsivité et les comportements agressifs, ainsi qu'un soutien familial sont essentiels pour améliorer son état et prévenir l'aggravation de ses symptômes.

On en vient à conclure que le profil de personnalité chez ce patient est d'une structure psychotique. Ce qui confirme notre hypothèse.

En Algérie, la recherche en psychologie clinique et en psychiatrie s'intéresse de plus en plus à l'étude des structures de personnalité en milieu hospitalier. Plusieurs travaux universitaires ont mis en lumière la prévalence des profils psychotiques, névrotiques et borderline chez les patients adultes hospitalisés pour des troubles psychiatriques.

Une étude réalisée à l'EHS de Blida par Khettab (2018) a examiné les profils de personnalité chez des patients hospitalisés pour schizophrénie. L'auteur a mis en évidence l'existence de traits de personnalité rigides de type schizoïde et paranoïde, contribuant à des difficultés d'adaptation aux soins et à des conflits récurrents avec le personnel soignant. Ce travail a souligné l'importance d'intégrer l'évaluation de la personnalité dans le processus de diagnostic et d'accompagnement.

À Oran, une étude menée en 2019 par Saidi a porté spécifiquement sur les traits de personnalité borderline chez des femmes hospitalisées pour troubles de l'humeur. L'auteur a constaté une instabilité émotionnelle marquée, des comportements impulsifs et des difficultés à maintenir des relations stables, rejoignant les critères du trouble de la personnalité borderline selon le DSM-5. Cette recherche a insisté sur la nécessité d'un accompagnement thérapeutique intégrant les dimensions identitaires et affectives.

Une autre recherche conduite par Hachemi et Belkacem (2020) au CHU de Constantine, portant sur des patients dépressifs hospitalisés, a révélé une forte présence de traits névrotiques, notamment l'anxiété généralisée, l'obsessionnalité et des ruminations mentales. Cette étude a mis en évidence l'interaction entre le vécu émotionnel, les conflits intrapsychiques non résolus et les traits de personnalité névrotiques chez l'adulte.

Enfin, une étude locale menée à l'EHS d'Oued-Ghir (Béjaïa), par Bouzid (2021), a exploré les profils de personnalité à travers l'outil MMPI-2 chez un groupe de patients hospitalisés pour divers diagnostics psychiatriques. Les résultats ont révélé une prédominance de structures psychotiques et limites, avec des scores élevés sur les échelles de paranoïa, de schizophrénie et de troubles borderline. L'étude recommande une meilleure formation du personnel soignant à la lecture des traits de personnalité pour optimiser les soins.

Ces recherches menées en Algérie confirment l'intérêt croissant pour l'étude des profils de personnalité dans le cadre hospitalier psychiatrique. Elles rejoignent notre hypothèse selon laquelle les structures psychotique, névrotique et borderline sont fréquemment rencontrées chez les patients adultes hospitalisés. Notre étude vise à enrichir ces constats à travers l'analyse clinique de six cas évalués selon une approche combinée : entretien semi-directif et test MMPI-2.

On peut conclure que nos résultats concordent dans l'ensemble avec les études antérieures que nous venons de présenter.

Synthèse :

A partir des résultats obtenus grâce aux outils utilisés dans la recherche, l'hypothèse stipulant que « Les profils de personnalité relevant d'une structure psychotique » a été confirmée pour la totalité des cas de notre groupe de recherche.

Conclusion

Conclusion :

Ce travail de recherche s'est centré sur l'étude des profils de personnalité chez les patients adultes hospitalisés en psychiatrie, avec pour ambition de dépasser une approche uniquement symptomatique des troubles mentaux. Dans un contexte institutionnel souvent marqué par l'urgence, la standardisation et la classification, il nous a semblé essentiel de replacer la subjectivité du patient au centre de la réflexion clinique. Ce mémoire s'inscrit ainsi dans une démarche humaniste, attentive aux modes singuliers de fonctionnement psychique, à la fois dans leur fragilité et leur cohérence propre.

Notre étude a été menée au sein de l'établissement hospitalier spécialisé en psychiatrie d'Oued-Ghir à Béjaïa, et s'est appuyée sur l'analyse clinique approfondie de six cas. Pour ce faire, nous avons adopté une démarche intégrative, articulant deux outils complémentaires : d'une part, l'entretien clinique semi-directif, permettant d'accéder au discours subjectif du patient, à ses représentations, à son vécu de l'hospitalisation et à sa dynamique relationnelle ; d'autre part, le test psychométrique MMPI-2, utilisé comme outil projectif standardisé afin de mettre en évidence les traits dominants de personnalité et les indicateurs de structure psychique. Ce croisement entre parole singulière et données objectivées a permis de dégager une lecture clinique plus nuancée et rigoureuse des profils de personnalité rencontrés.

L'hypothèse principale de cette recherche posait que les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie relèveraient de structures psychotiques, névrotiques ou limites. Les résultats obtenus confirment majoritairement cette hypothèse, avec une prédominance significative des structures psychotiques parmi les cas étudiés.

Les patients à structure psychotique manifestaient des angoisses massives de persécution, des distorsions du lien à la réalité, et un rapport très fragile à l'altérité, rendant difficile la construction d'une alliance thérapeutique stable.

Les fonctionnements limites se distinguaient par des mécanismes de défense marqués par le clivage, une grande instabilité affective et relationnelle, ainsi qu'un vécu institutionnel souvent ambivalent. À l'inverse, les sujets à structure névrotique témoignaient d'une meilleure capacité d'adaptation, bien que traversée par une conflictualité interne et des mécanismes défensifs plus élaborés.

Ces observations cliniques révèlent que l'hospitalisation n'est jamais neutre : elle agit comme un révélateur des tensions intrapsychiques, des stratégies défensives, et des enjeux transférentiels propres à chaque sujet. Elle peut être vécue comme un espace de contenance, de réparation, mais aussi comme un lieu d'intrusion ou de persécution, selon la structure psychique sous-jacente. L'institution psychiatrique, en tant que cadre contenant mais aussi normatif, réactive inévitablement les conflits anciens liés à l'autorité, au corps, à la séparation ou au contrôle.

Cette étude souligne ainsi la nécessité de tenir compte des structures de personnalité dans l'élaboration du soin psychiatrique. Réduire l'individu à un diagnostic ou à un symptôme revient à méconnaître la dynamique singulière qui organise son rapport au monde et à lui-même. Une clinique fondée sur l'écoute, la reconnaissance des défenses, l'attention au transfert, et l'utilisation mesurée d'outils psychométriques apparaît ici comme une voie nécessaire pour ajuster les dispositifs de soin à la réalité psychique du patient.

Par ailleurs, cette recherche met en évidence le rôle actif du clinicien dans la co-construction de la relation thérapeutique. La prise en compte du profil de personnalité du patient permet non seulement une meilleure compréhension de ses résistances, mais aussi une adaptation plus fine du cadre, des interventions et des attentes thérapeutiques.

Toutefois, cette étude comporte certaines limites. Le faible nombre de cas étudiés limite la portée généralisable des résultats. De plus, l'absence d'un suivi longitudinal empêche d'évaluer l'évolution des traits de personnalité et de la relation au soin au fil du temps. L'usage du MMPI-2, bien qu'enrichissant, ne saurait suffire à rendre compte de la totalité de la complexité psychique des sujets rencontrés. Ces limites appellent à une poursuite du travail, avec des méthodologies combinées et des échantillons plus larges.

Enfin, au-delà de la clinique quotidienne, ce travail se veut une contribution à une psychiatrie plus humaine, capable d'accueillir la complexité du sujet et de reconnaître, derrière chaque comportement, une tentative parfois maladroite de maintien de la cohérence interne. Derrière chaque diagnostic, il y a une histoire, une organisation psychique, un mode singulier de souffrir et de demander de l'aide.

Au regard des résultats cliniques obtenus et des dynamiques psychiques observées, plusieurs pistes peuvent être envisagées afin d'enrichir les pratiques de soin en milieu psychiatrique, tout en restant fidèles à une approche centrée sur le sujet.

Il serait ainsi pertinent de :

- Mettre en place des outils cliniques simples pour repérer rapidement les grandes structures de personnalité dès l'entrée du patient.
- Mieux comprendre les liens entre structure de personnalité, qualité du lien thérapeutique et observance des soins.
- Sensibiliser les soignants aux défenses psychiques et à leur impact sur le vécu de l'hospitalisation.
- Réfléchir à l'effet du cadre institutionnel sur la dynamique psychique des patients.
- Encourager des recherches cliniques à plus long terme, croisant plusieurs approches pour mieux suivre l'évolution des patients dans le temps.

Ces suggestions visent à renforcer une approche psychiatrique fondée sur l'écoute, la singularité, et la reconnaissance de la complexité du fonctionnement psychique. Une telle perspective permettrait non seulement d'améliorer la qualité des soins, mais aussi de restaurer un espace symbolique pour le sujet, au sein d'une institution souvent contrainte par des logiques de standardisation et d'urgence.

Nous espérons que ce travail participe à une clinique plus respectueuse de la subjectivité, et serve de point de départ à de futures recherches sur les profils de personnalité et leur place dans l'accompagnement en psychiatrie.

Liste bibliographique

Liste bibliographique :

• Les livres :

1. Allport, G. W. (1937). *Personality: A psychological interpretation*. Henry Holt.
2. American Psychiatric Association. (2013). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM-5) (5^e éd.)*. Elsevier Masson.
3. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Éditions Beauchemin.
4. Arnett, J. J. (2016). *L'âge adulte émergent : La période de 18 à 29 ans* (A. Lefèvre, Trad.). Mardaga. (Ouvrage original publié en 2015).
5. Berger, G. (1965). *Caractère et personnalité*. Presses Universitaires de France.
6. Berger, M. (2022). *Neuropsychologie du développement adulte*. Dunod.
7. Bergeret, J. (1996). *La personnalité normale et pathologique (3^e éd.)*. Dunod.
8. Bernaud, J.-L. (1998). *Psychologie de la personnalité*. Dunod.
9. Bungener, C., & Roustit, C. (2019). *Santé mentale à l'âge adulte : Prévention et résilience*. Dunod.
10. Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A. et Kaemmer, B. (2001). *Manual for the Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 (MMPI-2)*. University of Minnesota Press.
11. Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *MMPI-2 (Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2): Manual for administration and scoring*. University of Minnesota Press
12. Butcher, J. N., Graham, J. R., Ben-Porath, Y. S., Tellegen, A., Dahlstrom, W. G. et Kaemmer, B. (2001). *Inventaire multiphasique de personnalité du Minnesota-2 (MMPI-2) : Manuel d'administration, de cotation et*

- d'interprétation (A. Dupuis et M. Rossini, Trad.). Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée. (Ouvrage original publié en 1989).*
13. Cattell, R. B. (1950). *Personality: A systematic theoretical and factual study*. McGraw-Hill.
14. Chahraoui, K. et Bénony, H. (2003). *Introduction à la psychologie clinique*. Dunod.
15. Ciccone, A. (1998). *L'entretien clinique (2^e éd.)*. Dunod.
16. Codol, J.-P. (1989). *La cognition sociale*. Presses Universitaires de France.
17. Costa, P. T., & McCrae, R. R. (1992). *Revised NEO Personality Inventory (NEO-PI-R) and NEO Five-Factor Inventory (NEO-FFI) professional manual*. Psychological Assessment Resources.
18. Cottraux, J. (2013). *Les troubles de la personnalité*. Masson.
19. Dastous, A. (2014). *Psychologie de la personnalité : Approches contemporaines*. Presses de l'Université du Québec.
20. Douville, O. et Jacobi, D. (2009). *L'entretien clinique en psychopathologie*. Armand Colin.
21. Erikson, E. H. (1963). *Childhood and society (2^e éd.)*. W. W. Norton & Company.
22. Erikson, E. H. (1972). *Enfance et société (2^e éd.)*. Delachaux et Niestlé.
23. Erikson, E. H. (1982). *Le cycle de la vie accompli*. W. W. Norton & Company.
24. Eysenck, H. J. (1953). *The structure of human personality*. Methuen.
25. Fernandez, L. et Pardinielli, J.-L. (2006). *Les méthodes en psychologie clinique*. Armand Colin.
26. Fernandez, L. et Pardinielli, J.-L. (2015). *Introduction à la psychologie clinique (3^e éd.)*. Armand Colin.
27. Freud, S. (1894). *Les psychonévroses de défense*. Dans *Œuvres complètes de Freud / Psychanalyse (Vol. 3)*. Presses Universitaires de France.

28. Freud, S. (1923). *Le moi et le ça*. Gallimard.
29. Gauthier, B. (2009). *Recherche sociale : De la problématique à la collecte des données* (5^e éd.). Presses de l'Université du Québec.
30. Golse, B., & Marcelli, D. (2014). *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent* (5^e éd.). Elsevier Masson.
31. Hamel, J. (2011). *L'entretien comme méthode de recherche*. Presses universitaires de France.
32. Hansenne, M. (2003). *Psychologie de la personnalité*. De Boeck Supérieur.
33. Hathaway, S. R. et McKinley, J. C. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory – 2 (MMPI-2) : Manuel d'administration et de cotation* (Édition française adaptée par les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, 1996). University of Minnesota Press.
34. Jung, C. G. (1921). *Types psychologiques*. Georg.
35. Kretschmer, E. (1921). *Körperbau und Charakter*. Springer.
36. Lemperrière, T., Féline, A., Adès, J., & al. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Masson.
37. Levinson, D. J. (1978). *Les saisons de la vie d'un homme*. Ballantine Books.
38. Levinson, D. J. (1978). *The seasons of a man's life*. Alfred A. Knopf.
39. Levinson, D. J. (1990). *Les saisons de la vie d'un homme* (M.-F. de Palomé, Trad.). Éditions du Seuil. (Ouvrage original publié en 1978).
40. Maslow, A. H. (1970). *Motivation et personnalité* (2^e éd.). Harper & Row.
41. McCrae, R. R., & Costa, P. T. (2004). *Personality in adulthood: A five-factor theory perspective* (2^e éd.). Guilford Press.
42. Morlon, E. M. (2012). *Psychologie de la personnalité*. Éditions Universitaires.
43. Pardinielli, J.-L. (1999). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin.

44. Pervin, L. A., & John, O. P. (2005). *Personnalité: Théorie et recherche* (9^e éd.). De Boeck Supérieur.
45. Pichot, P. (1995). *Les tests mentaux en psychiatrie*. Presses Universitaires de France.
46. Sauvaget, A., & Oiry, E. (2006). *Les troubles de la personnalité*. Dunod.
47. Shahidi, N. (2005). *Psychopathologie de l'adulte*. Masson.
48. Sheldon, W. H. (1940). *The varieties of human physique: An introduction to constitutional psychology*. Harper & Brothers.
49. Skinner, B. F. (1971). *L'analyse expérimentale du comportement*. Mardaga.
50. Tolfo, M. (2015). *Les troubles de la personnalité*. Elsevier Masson.

- **Dictionnaire :**

1. *Dictionnaire de psychiatrie*. Pichot, P. (1995). *Dictionnaire de psychiatrie*. Paris : PUF.
2. *Grand dictionnaire de la psychologie*. Morin, A., & Psychologues, A. (Dir.). (2003). *Grand dictionnaire de la psychologie : concepts, notions, pratiques*. Larousse.

- **Site web :**

1. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.55.5.469> (pour Arnett, 2000).
2. <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141521> (pour Lachman, 2004).
3. <https://doi.org/10.14301/llcs.v3i2.194> (pour Schulenberg & Schoon, 2012).
4. <https://doi.org/xxxx> (mentionné pour Lee & Gramotnev, 2007).
5. Organisation mondiale de la santé. (2022, 17 mars). *Santé mentale et COVID-19*. Organisation mondiale de la santé. <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>.

ANNEXES

Annexes N°01 : Guide d'entretien semi-directif :

- **consigne :**

« Bonjour, je suis étudiante en 2^{ème} année master, psychologie clinique à l'université Abderrahmane Mira Béjaia. Dans le cadre de mon mémoire de fin d'étude, je mène une recherche sur les profils de personnalité chez les malades adultes hospitalisés en psychiatrie, par cette investigation j'aurai plusieurs questions à vous poser concernant vous et votre famille pour savoir un peu comment ça se passe entre vous et comment vous vivez ensemble. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses. Vous avez le droit de refuser de participer à cette recherche ou la possibilité de vous retirer de l'étude, à tout moment, sans justification ».

Informations personnelles du patient :

1. Nom et prénom.
2. Âge.
3. Profession ou situation professionnelle.
4. Niveau d'éducation.
5. Situation relationnelle et état civil.
6. Nombre d'enfants, si applicable.

Axe 1 : Antécédents personnels et relationnels:

1. Pouvez-vous nous parler de votre parcours de vie avant l'hospitalisation ?
2. Y a-t-il des événements marquants dans votre passé (traumatismes, ruptures, pertes) ?
3. Comment sont vos relations avec votre entourage (famille, amis, collègues) ?

4. Avez-vous un réseau social ou familial sur lequel vous pouvez compter ? (pour).

5. Avant l'hospitalisation, avez-vous ressenti des tensions ou des difficultés dans vos relations personnelles ou professionnelles ?

Axe 2 : Symptômes et troubles psychiatriques:

1. Depuis quand ressentez-vous des difficultés psychologiques ou émotionnelles ?

2. Avez-vous déjà été diagnostiqué avec un trouble psychiatrique ou suivi par un professionnel ?

3. Avez-vous déjà vécu des périodes de stress intense, d'angoisse ou de dépression ? Si oui, dans quelles circonstances ?

4. Avez-vous des troubles de la consommation (alcool, drogues, tabac) ?

5. Ressentez-vous des comportements impulsifs ou des changements d'humeur fréquents ?

Axe 3 : Fonctionnement quotidien et adaptation sociale:

1. Comment se déroule une journée type dans votre vie quotidienne ?

2. Vous sentez-vous souvent en conflit avec les autres ou incompris ?

3. Avez-vous des activités ou des centres d'intérêt qui vous procurent du plaisir ou du réconfort ?

4. Dans quelles mesures vos troubles influencent-ils votre vie quotidienne (travail, vie sociale, famille) ?

Axe 4 : Profil de personnalité et perceptions personnelles :

1. Comment vous décririez-vous en tant que personne (traits de caractère, forces, faiblesses) ?

2. Avez-vous tendance à éviter certaines situations ou à réagir de manière marquée dans certaines circonstances ?

3. Quelles émotions ressentez-vous fréquemment ?

4. Avez-vous des croyances ou des pensées récurrentes qui influencent vos comportements ou vos relations avec les autres ?

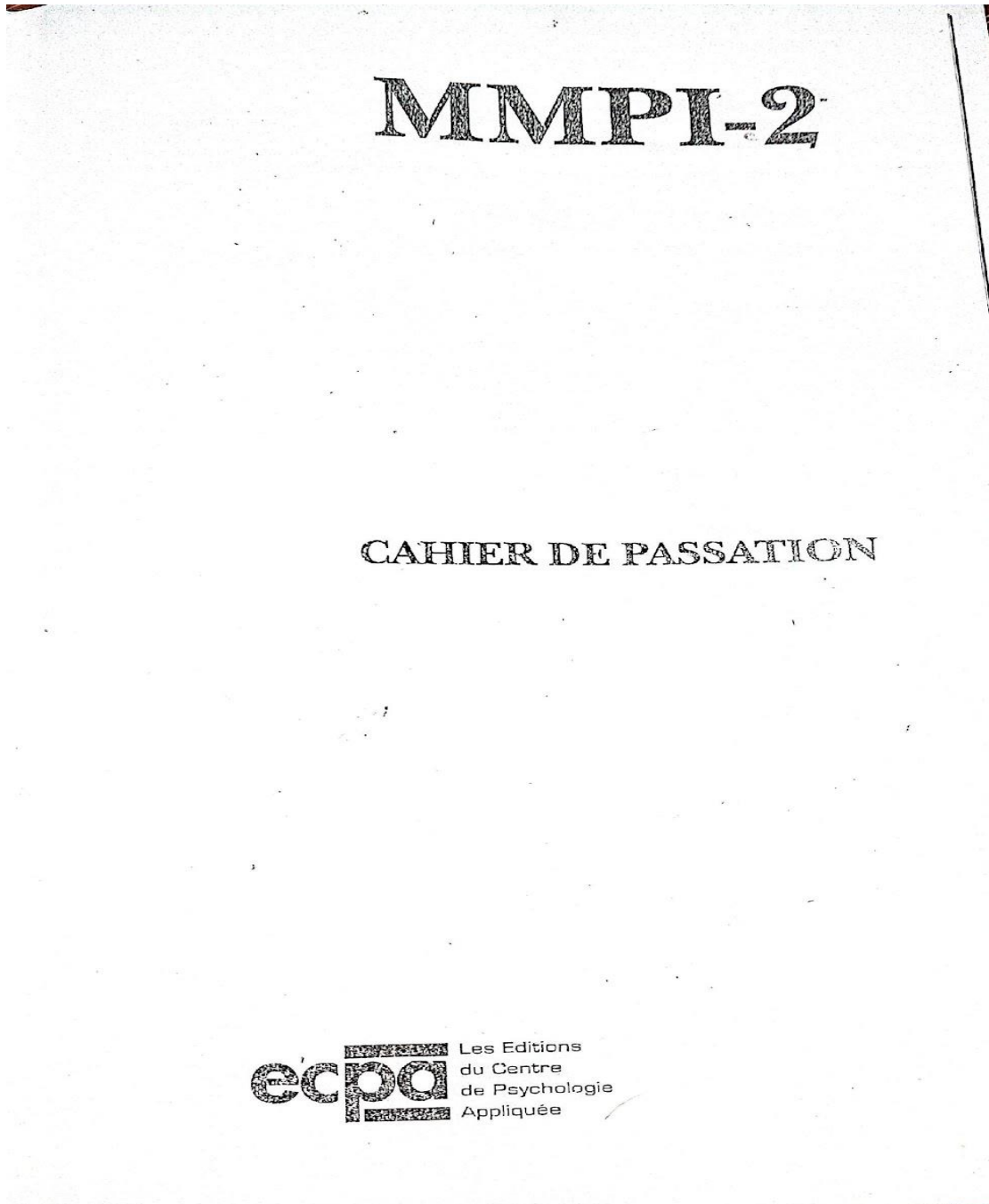
Axe 5 : Espoirs et objectifs thérapeutiques :

1. Qu'espérez-vous tirer de cette hospitalisation ou de ce suivi en psychiatrie ?

2. Avez-vous des attentes ou des craintes par rapport au traitement proposé ?

3. Quels sont vos objectifs à court et à long terme pour votre santé mentale et votre bien-être ?

Annexes N°02 : cahier de passation du MMPI-2 :



MMPI-2

Inventaire Multiphasique de Personnalité du Minnesota-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

Cet inventaire est composé d'énoncés numérotés. Vous devez lire chaque énoncé et décider s'il est vrai en ce qui vous concerne ou faux en ce qui vous concerne.

Vous devez reporter vos réponses sur la Feuille de réponses qui vous a été remise. Regardez l'exemple de Feuille de réponses ci-dessous. Si un énoncé est vrai ou plutôt vrai en général, vous devez cocher la lettre V (voir l'exemple «A» ci-dessous). Si un énoncé est faux ou plutôt faux en général, vous devez cocher la lettre F (voir l'exemple «B» ci-dessous). Si un énoncé ne vous concerne pas, vous ne faites aucune marque sur la Feuille de réponses pour la ligne correspondant à cet énoncé. Mais essayez toutefois de donner une réponse pour chaque énoncé.

Exemple de Feuille de réponses

| | | |
|---|----------------------------------|----------------------------------|
| A | <input checked="" type="radio"/> | F |
| B | <input type="radio"/> | <input checked="" type="radio"/> |

Rappelez-vous, il s'agit de donner l'opinion que vous avez de vous-même.

Lorsque vous marquez vos réponses sur la Feuille de réponses, assurez-vous que le numéro de l'énoncé correspond bien au numéro de la ligne de réponse sur la Feuille. Si vous voulez changer une réponse, veillez à effacer complètement la croix que vous avez faite. Surtout ne portez aucune marque sur ce cahier.

Rappelez-vous, il faut essayer de donner une réponse pour chaque énoncé.

Maintenant, vous pouvez ouvrir le cahier et commencer.

NE RIEN ÉCRIRE SUR CE CAHIER

1. J'aime les revues techniques.
2. J'ai bon appétit.
3. Je m'éveille le plus souvent frais et dispos.
4. Je crois que j'aimerais beaucoup le travail de bibliothécaire.
5. Le bruit me réveille facilement.
6. Mon père est un brave homme, ou (si votre père est mort) mon père était un brave homme.
7. J'aime lire la rubrique criminelle des journaux.
8. J'ai d'habitude chaud aux mains et aux pieds.
9. Ma vie quotidienne est pleine de choses qui continuent à m'intéresser.
10. Je suis presque aussi capable de travailler qu'avant.
11. La plupart du temps, j'ai l'impression d'avoir une boule dans la gorge.
12. Ma vie sexuelle est satisfaisante.
13. On devrait essayer de comprendre ses rêves et en tenir compte, soit comme guide, soit comme avertissement.
14. J'aime les romans policiers ou d'espionnage.
15. Je travaille dans un état de très grande tension.
16. Il m'arrive parfois de penser à des choses trop laides pour pouvoir en parler.
17. Je suis sûr que je ne suis pas gâté par la vie.
18. Je souffre de nausées et de vomissements.
19. Quand je prends un nouvel emploi, j'aime savoir avec qui il est important d'être gentil ou aimable.
20. Je suis très rarement constipé.
21. Il y a eu des moments où j'ai eu une très grande envie de quitter ma maison.
22. Personne ne semble me comprendre.
23. Parfois, j'ai des crises de rire ou de larmes qu'il m'est impossible de maîtriser.
24. Par instants, je suis possédé par des esprits.
25. J'aimerais être chanteur.
26. Je pense que le mieux pour moi est de me taire quand je suis dans une mauvaise situation.
27. Quand quelqu'un me fait du tort, j'ai le sentiment que je dois lui rendre la pareille si je le peux, juste pour le principe.
28. Je suis gêné par des maux d'estomac plusieurs fois par semaine.
29. J'ai parfois envie de jurer.
30. J'ai des cauchemars plusieurs fois par semaine.
31. Il m'est difficile de fixer mon esprit sur un travail ou sur une occupation.
32. J'ai eu des expériences très particulières et très étranges.
33. Je me fais rarement du souci au sujet de ma santé.
34. Je n'ai jamais eu d'ennuis à cause de mon comportement sexuel.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

35. Quand j'étais jeune, j'ai quelquefois volé des choses.
36. Je tousse la plupart du temps.
37. Parfois, j'ai envie de briser des choses.
38. J'ai eu des périodes (jours, semaines ou mois) au cours desquelles je ne pouvais rien faire parce que je n'arrivais pas à m'y mettre.
39. Mon sommeil est agité et troublé.
40. Je souffre de fréquentes douleurs dans toute la tête.
41. Je ne dis pas toujours la vérité.
42. Si les gens n'avaient pas été contre moi, j'aurais beaucoup mieux réussi ma vie.
43. Ma capacité de jugement est aussi bonne qu'elle l'a jamais été.
44. Au moins une fois par semaine j'ai brusquement très chaud sans aucune raison.
45. Je suis en aussi bonne santé que la plupart de mes amis.
46. Je préfère ignorer des amis d'école ou des gens que je connais mais que je n'ai pas vus depuis longtemps, à moins qu'ils ne m'adressent les premiers la parole.
47. Je ne suis presque jamais gêné par des douleurs au cœur ou dans la poitrine.
48. La plupart du temps, j'aime mieux rester assis et rêvasser que faire quoi que ce soit d'autre. *réver, rêver*
49. Je suis quelqu'un de très sociable.
50. J'ai souvent dû recevoir des ordres de quelqu'un qui n'en savait pas autant que moi.
51. Je ne lis pas chaque jour l'éditorial du journal.
52. La vie que j'ai menée est très critiquable.
53. Dans certaines parties de mon corps, j'éprouve souvent des sensations de brûlure, de picotement, de fourmillement ou d'engourdissement.
54. Ma famille n'aime pas le travail que j'ai choisi (ou le métier que je me propose de choisir).
55. J'insiste parfois tellement sur une chose que les autres perdent patience.
56. Je voudrais être aussi heureux que les autres semblent l'être.
57. Je ressens rarement des douleurs à la nuque.
58. Je pense qu'un grand nombre de personnes exagèrent leurs malheurs pour obtenir la sympathie et l'aide des autres.
59. J'ai des malaises dans le creux de l'estomac qui se reproduisent à peu de jours d'intervalle (ou plus souvent encore).
60. Quand je suis avec des gens, je suis gêné d'entendre des choses très étranges.
61. Je suis considéré comme quelqu'un d'important.
62. J'ai souvent souhaité être une fille (ou bien, si vous êtes une femme : je n'ai jamais regretté d'être une fille).
63. Je ne suis pas facilement blessé ou heurté dans mes sentiments.
64. J'aime lire des romans d'amour.
65. La plupart du temps j'ai le cafard.
66. Ce serait beaucoup mieux si presque toutes les lois étaient supprimées.
67. J'aime la poésie.
68. Je taquine parfois des animaux.
69. Je crois que j'aimerais bien un travail comme celui de garde forestier.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

70. J'ai facilement le dessous dans une dispute.
71. En ce moment, je trouve difficile de ne pas abandonner l'espoir d'arriver à quelque chose.
72. Mon âme quitte quelquefois mon corps.
73. Je manque toujours de confiance en moi.
74. J'aimerais être fleuriste.
75. J'ai ordinairement l'impression que la vie vaut la peine d'être vécue.
76. Il faut beaucoup se battre avec les gens pour les convaincre de la vérité.
77. Il m'arrive de remettre à demain ce que j'aurais dû faire aujourd'hui.
78. Je suis aimé par la plupart des gens qui me connaissent.
79. Cela ne me gêne pas que l'on se moque de moi.
80. J'aimerais être infirmier.
81. Je crois que la plupart des gens sont capables de mentir pour se mettre en avant.
82. Je fais bien des choses que je me reproche par la suite (je me reproche des choses plus que les autres ne semblent le faire).
83. Je me dispute peu avec les membres de ma famille.
84. J'ai été renvoyé de l'école une ou plusieurs fois à cause de ma mauvaise conduite.
85. Par moments, j'éprouve un besoin très fort de faire quelque chose de nuisible ou de choquant.
86. J'aime aller à des soirées ou à des réunions où il y a beaucoup d'amusements bruyants.
87. Il m'est arrivé de rencontrer des problèmes aux solutions si nombreuses que j'ai été incapable de trancher.
88. Je crois que les femmes devraient avoir autant de liberté sexuelle que les hommes.
89. Mes conflits les plus durs sont avec moi-même.
90. J'aime mon père, ou (si votre père est mort) j'aimais mon père.
91. Je ne suis que rarement ou jamais gêné par des tressaillements ou des soubresauts de mes muscles. *Ne s'applique pas à moi-même*
92. Je ne semble pas me soucier de ce qui m'arrive.
93. Parfois quand je ne me sens pas bien, je suis irritable.
94. J'ai fréquemment le sentiment d'avoir fait quelque chose de nuisible ou de malveillant.
95. Je suis heureux la plupart du temps.
96. Je vois autour de moi des choses, des animaux ou des gens que les autres ne voient pas.
97. La plupart du temps, il me semble avoir comme un poids dans la tête ou dans le nez.
98. Certaines personnes sont tellement autoritaires que j'éprouve le besoin de faire le contraire de ce qu'elles demandent, même si je suis sûr qu'elles ont raison.
99. Quelqu'un m'en veut.
100. Je n'ai jamais fait quoi que ce soit de dangereux simplement pour le plaisir.
101. J'ai souvent l'impression que ma tête est prise dans un étau. *Je n'ai jamais eu l'impression que ma tête est prise dans un étau.*
102. Je me mets quelquefois en colère.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

103. J'apprécie mieux une course ou un jeu lorsque j'ai parié.
104. C'est surtout la "peur du gendarme" qui rend honnêtes la plupart des gens.
105. A l'école, j'ai été quelquefois envoyé chez le directeur pour mauvaise conduite.
106. Ma manière de parler est la même que d'habitude (ni plus rapide, ni plus lente, sans bredouiller ni être enroué).
107. Je ne me tiens pas aussi bien à table chez moi que lorsque je sors avec des gens.
108. Qui est capable et veut travailler dur a une bonne chance de réussir.
109. Il me semble que je suis à peu près aussi capable et intelligent que la plupart des gens qui m'entourent.
110. La plupart des gens emploieront des moyens peu corrects pour obtenir un gain ou un avantage plutôt que de le perdre.
111. J'ai beaucoup de troubles digestifs.
112. J'aime le théâtre.
113. Je sais qui est responsable de la plupart de mes ennuis.
114. Il m'arrive d'être si fortement attiré par les objets personnels des autres tels que chaussures, gants..., que je veux les toucher ou les voler, bien que je n'en aie pas l'usage.
115. La vue du sang ne m'effraie pas et ne me rend pas malade.
116. Souvent je n'arrive pas à comprendre pourquoi j'ai été si irritable et grincheux.
117. Je n'ai jamais vomi ni craché de sang.
118. Je ne m'inquiète pas des maladies que je peux attraper.
119. J'aime cueillir des fleurs ou faire pousser des plantes d'intérieur.
120. Je trouve souvent nécessaire de défendre ce que je pense être juste.
121. Je n'ai jamais eu de pratiques sexuelles inhabituelles.
122. Parfois mes pensées sont allées plus vite que je ne pouvais les exprimer.
123. Si je pouvais entrer dans un cinéma sans payer et être sûr qu'on ne me voit pas, je le ferais certainement.
124. Je me demande souvent quelle raison cachée a une autre personne de faire quelque chose de gentil pour moi.
125. Je pense que ma vie de famille est aussi agréable que celle de la plupart des gens que je connais.
126. Je pense qu'il faut faire respecter la loi.
127. Les critiques et les réprimandes me blessent terriblement.
128. J'aime faire la cuisine.
129. Ma conduite dépend largement du comportement de mon entourage.
130. C'est sûr que je me sens inutile par moments.
131. Quand j'étais enfant, j'appartenais à un groupe d'amis qui s'efforçaient de rester fidèles dans toutes les difficultés.
132. Je crois qu'il y a une vie dans l'au-delà.
133. J'aimerais être militaire.
134. J'ai parfois envie de chercher la bagarre avec n'importe qui.
135. Il m'est souvent arrivé d'être perdant parce que je ne pouvais pas me décider assez vite.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

136. Cela m'agace quand quelqu'un me demande mon avis ou m'interrompt lorsque je travaille à quelque chose d'important.
137. Dans le temps je tenais un journal intime.
138. Je crois qu'il se complotait quelque chose contre moi.
139. Au jeu, j'aime mieux gagner que perdre.
140. Le plus souvent, je m'endors sans être troublé par des pensées ou des idées.
141. Au cours de ces dernières années ma santé a été généralement bonne.
142. Je n'ai jamais eu de convulsions ni d'attaque.
143. Je ne prends pas de poids et je n'en perds pas non plus.
144. J'ai l'impression d'être suivi.
145. Je pense que j'ai été souvent puni sans raison.
146. Je pleure facilement.
147. Je ne peux pas comprendre ce que je lis aussi bien qu'autrefois.
148. Je ne me suis jamais mieux porté que maintenant.
149. Le sommet de mon crâne me paraît quelquefois très sensible.
150. J'ai parfois l'impression qu'il faut que je me blesse ou que je blesse quelqu'un d'autre.
151. Je suis très contrarié lorsque quelqu'un m'a trompé si habilement que je dois admettre que l'on m'a fait marcher.
152. Je ne me fatigue pas vite.
153. J'aime connaître des gens importants parce que cela me donne un peu l'impression d'être comme eux.
154. J'ai peur lorsque d'un lieu élevé je regarde vers le bas.
155. Je ne serais pas inquiet si quelqu'un de ma famille avait des ennuis avec la justice.
156. Je ne suis heureux que si je me déplace ou si je voyage.
157. Ce que les autres pensent de moi ne me dérange pas.
158. Cela me gêne de faire le pitre dans une soirée même si les autres font le même genre de choses.
159. Je ne me suis jamais évanoui.
160. J'aimais l'école.
161. Je dois souvent lutter pour ne pas montrer que je suis intimidé et mal à l'aise.
162. Quelqu'un a essayé de m'empoisonner.
163. Je n'ai pas très peur des serpents.
164. Je n'ai jamais (ou presque jamais) d'étourdissements.
165. Ma mémoire semble bonne.
166. Les choses du sexe me tracassent.
167. Il m'est difficile d'entamer une conversation quand je rencontre de nouvelles personnes.
168. Il y a eu des périodes pendant lesquelles j'ai agi sans savoir plus tard ce que j'avais fait au juste.
169. Quand je commence à m'ennuyer, j'aime créer un divertissement.
170. J'ai peur de perdre la raison.
171. Je suis contre le principe de faire l'aumône aux mendiants.
172. Souvent, je remarque que mes mains tremblent quand j'essaie de faire quelque chose.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

173. Je peux lire longtemps sans me fatiguer les yeux.
174. J'aime étudier et lire des articles concernant mon travail.
175. Je ressens fréquemment un état de faiblesse générale.
176. J'ai très peu de maux de tête.
177. Mes mains ne sont pas devenues maladroites ou inhabiles.
178. Quelquefois, quand je suis gêné je me mets à transpirer, ce qui m'ennuie beaucoup.
179. Je n'ai aucune difficulté à garder mon équilibre en marchant.
180. Il y a quelque chose qui "ne tourne pas rond" dans mon esprit.
181. Je ne suis pas sujet au rhume des foins ni à l'asthme.
182. J'ai eu des crises au cours desquelles je n'étais pas à même de contrôler mes mouvements ou mes paroles, tout en étant conscient de ce qui se passait autour de moi.
183. Je n'aime pas tous les gens que je connais.
184. Je rêve très peu.
185. Je souhaiterais ne pas être aussi timide.
186. Je n'ai pas peur de manipuler des sommes d'argent.
187. Si j'étais journaliste, c'est vers la rubrique théâtrale que se porteraient mes préférences.
188. J'apprécie de nombreuses sortes de jeux et de distractions.
189. J'aime flirter. *distraction imaginaire*
190. Les miens me traitent davantage en enfant qu'en adulte.
191. J'aimerais être journaliste.
192. Ma mère est une brave femme, ou (si votre mère est morte) ma mère était une brave femme.
193. En marchant, je prends soin de ne pas poser le pied sur les fentes du trottoir.
194. Je n'ai jamais eu d'éruption cutanée qui m'ait inquiété.
195. Par comparaison avec d'autres familles, il y a très peu d'amour et de soutien dans la mienne.
196. Je me surprends souvent en train de me faire du souci.
197. Je pense que j'aimerais le travail d'entrepreneur de bâtiment.
198. J'entends souvent des voix sans savoir d'où elles viennent.
199. J'aime la science.
200. Je peux facilement demander un service à des amis, même si je ne peux pas le leur rendre.
201. J'aime beaucoup la chasse.
202. Mes parents ont souvent critiqué mes fréquentations.
203. Il m'arrive parfois de faire des potins sur / les autres.
204. J'entends apparemment aussi bien que la plupart des gens.
205. Certains membres de ma famille ont des habitudes qui m'ennuient et m'agacent beaucoup.
206. Par moments, j'ai l'impression que je peux me décider avec une aisance extraordinaire.
207. J'aimerais faire partie de plusieurs associations.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

208. Je n'ai presque jamais ressenti de palpitations et je suis rarement hors d'haleine.
209. J'aime parler de sexe.
210. J'aime visiter des endroits où je ne suis encore jamais allé.
211. J'ai été inspiré par un programme de vie basé sur le devoir et je l'ai depuis attentivement suivi.
212. Je me suis parfois interposé quand des gens essayaient de faire quelque chose, non pas parce que c'était important mais pour une question de principe.
213. Je me mets facilement en colère puis l'oublie vite.
214. J'étais assez indépendant et libéré des règles familiales.
215. Je broie du noir.
216. Quelqu'un a essayé de me dépouiller.
217. Presque toute ma famille me comprend et me soutient.
218. J'ai des périodes d'agitation telles que je suis incapable de rester longtemps assis sur une chaise.
219. J'ai eu des déceptions amoureuses.
220. Je ne me soucie jamais de mon apparence extérieure.
221. Je rêve souvent de choses qu'il vaut mieux que je garde pour moi.
222. On devrait enseigner aux enfants tous les faits essentiels sur la sexualité.
223. Je crois que je ne suis pas plus nerveux que la moyenne des gens.
224. Je ressens peu ou pas de douleurs.
225. Ma façon d'agir est facilement mal interprétée par les autres.
226. Parfois, sans aucune raison ou même lorsque les choses vont mal, je me sens extrêmement heureux et "dans une forme extraordinaire".
227. Je ne blâme pas les gens qui essaient de s'emparer de tout ce qu'ils peuvent dans ce monde.
228. Il y a des personnes qui essaient de me voler mes pensées et mes idées.
229. J'ai eu des accès au cours desquels je perdais à la fois la possibilité d'agir et la notion de ce qui se passait autour de moi.
230. Je peux être aimable avec des gens qui agissent d'une manière que je n'approuve pas.
231. J'aime faire partie d'un groupe dans lequel on se fait de grosses farces.
232. Il m'est arrivé parfois aux élections de voter pour quelqu'un dont je ne savais pas grand-chose.
233. J'ai du mal à me mettre en train.
234. J'ai la conviction que je suis une personne condamnée.
235. En classe j'apprenais très lentement.
236. Si j'étais artiste, j'aimerais dessiner des fleurs.
237. Cela m'est égal de ne pas être mieux physiquement.
238. Je transpire très facilement même quand il fait frais.
239. J'ai une totale confiance en moi.
240. Il m'a parfois été impossible de m'empêcher de voler ou de "chaparder" quelque chose.
241. Il est plus sûr de n'avoir confiance en personne.
242. Une fois par semaine au moins, je me sens très exalté.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

243. Quand je suis dans un groupe, j'ai du mal à trouver les bons sujets de conversation.
244. Quelque chose de passionnant me sortira presque toujours d'un "cafard".
245. Quand je sors de chez moi, je ne m'inquiète pas de savoir si la porte est fermée à clef et si les fenêtres sont bien fermées.
246. J'ai la conviction que mes péchés sont impardonnables.
247. J'éprouve des engourdissements dans une ou plusieurs régions de ma peau.
248. Je ne blâme pas quelqu'un qui profite des gens qui se laissent faire.
249. Ma vue est aussi bonne qu'elle l'a été pendant des années.
250. Il m'est arrivé d'avoir été si diverti par l'habileté de certains criminels que j'ai espéré qu'ils s'en sortiraient.
251. J'ai souvent eu l'impression que des inconnus me regardaient d'un œil critique.
252. Tout a le même goût.
253. Je bois tous les jours une quantité d'eau anormalement grande.
254. La plupart des gens se font des amis parce que ceux-ci pourraient leur être utiles un jour.
255. Je ressens rarement des bourdonnements ou des tintements d'oreilles.
256. De temps en temps, j'éprouve de la haine pour des membres de ma famille que j'aime habituellement.
257. Si j'étais journaliste, j'aimerais beaucoup écrire des articles sportifs.
258. Je peux dormir durant le jour mais pas la nuit.
259. Je suis sûr que l'on parle de moi.
260. Il m'arrive de rire d'une "histoire cochonne".
261. Comparé à mes amis, j'éprouve très peu de craintes.
262. Dans un groupe, je ne serais pas embarrassé d'être appelé à entamer une discussion ou de donner une opinion sur quelque chose que je connais bien.
263. Je suis toujours dégoûté de la justice quand un criminel est libéré grâce aux arguments d'un avocat intelligent.
264. J'ai abusé de boissons alcoolisées.
265. J'ai tendance à ne pas parler aux gens avant qu'ils ne me parlent.
266. Je n'ai jamais eu d'ennuis avec la justice.
267. Par moments, je me sens plein d'entrain sans raison particulière.
268. Je voudrais ne pas être obsédé par des pensées d'ordre sexuel.
269. Si plusieurs personnes se trouvent dans une mauvaise situation, ce qu'elles ont de mieux à faire est de s'accorder sur une version des faits et de s'y tenir.
270. Cela ne me gêne pas particulièrement de voir des animaux souffrir.
271. Je pense que je ressens les choses plus intensément que la plupart des gens.
272. A aucun moment de ma vie je n'ai aimé jouer à la poupée.
273. La vie est fréquemment une épreuve pour moi.
274. Certains sujets me tiennent tellement à cœur que je ne peux pas en parler.
275. A l'école je trouvais très difficile de parler devant la classe.
276. J'aime ma mère, ou (si votre mère est morte) j'aimais ma mère.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

277. Même quand je suis avec des gens, je me sens fréquemment seul.
278. Je reçois toute la compréhension ou la sympathie dont j'ai besoin.
279. Je refuse de participer à certains jeux parce que je n'y suis pas fort.
280. Il me semble que je me fais des amis aussi vite que n'importe qui.
281. Je n'aime pas avoir des gens autour de moi.
282. On m'a dit que je marchais pendant mon sommeil.
283. Celui qui provoque la tentation en laissant sans protection des objets de valeur est à blâmer presque autant que celui qui les vole.
284. Je pense que presque tout le monde ment pour éviter d'avoir des ennuis.
285. Je suis plus sensible que la plupart des gens.
286. La plupart des gens n'aiment pas se déranger pour aider les autres.
287. Bon nombre de mes rêves ont rapport au sexe.
288. Mes parents et ma famille me critiquent plus qu'ils ne devraient.
289. Je suis facilement mal à l'aise.
290. Je me fais du souci pour des questions d'argent et d'affaires.
291. Je n'ai jamais été amoureux de quelqu'un.
292. J'ai été effrayé par ce qu'ont fait certains membres de ma famille.
293. Je ne rêve presque jamais.
294. Mon cou se couvre souvent de rougeurs.
295. Je n'ai jamais été paralysé et je n'ai jamais ressenti de faiblesse inhabituelle dans aucun de mes muscles.
296. Parfois ma voix me fait défaut ou se modifie même si je ne suis pas enrhumé.
297. Mon père ou ma mère m'ont souvent donné des ordres auxquels j'obéissais, même quand je ne les jugeais pas raisonnables.
298. A certains moments je sens des odeurs particulières.
299. Je ne peux pas fixer mon attention.
300. J'ai des raisons pour me sentir jaloux d'un ou plusieurs membres de ma famille.
301. Je ressens toujours de l'anxiété, soit pour quelqu'un, soit pour quelque chose.
302. Je perds facilement patience avec les gens.
303. La plupart du temps je souhaiterais être mort.
304. Parfois, je suis tellement excité qu'il m'est difficile de m'endormir.
305. J'ai certainement eu plus que ma part de soucis.
306. Personne ne se soucie vraiment de ce qui vous arrive.
307. J'entends parfois si distinctement que cela me gêne.
308. J'oublie immédiatement ce que les gens me disent.
309. Je dois habituellement m'arrêter et réfléchir avant de passer à l'action même pour des petites choses.
310. Il m'arrive souvent de traverser la rue pour éviter de rencontrer quelqu'un.
311. J'ai souvent l'impression que les choses ne sont pas réelles.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

312. La seule partie intéressante des journaux ce sont les bandes dessinées.
313. J'ai l'habitude de compter des objets sans importance : les ampoules des enseignes lumineuses par exemple, etc.
314. Je n'ai pas d'ennemis qui veulent réellement me nuire.
315. J'ai tendance à me tenir sur mes gardes avec les gens qui ont une attitude plus amicale que celle à laquelle je m'attendais.
316. J'ai des pensées étranges et particulières.
317. Je deviens anxieux et bouleversé lorsque je dois m'éloigner quelque temps de chez moi.
318. En général je m'attends à réussir ce que j'entreprends.
319. J'entends des choses étranges quand je suis seul.
320. J'ai été effrayé par des choses ou par des gens dont je savais pourtant qu'ils ne pouvaient pas me faire de mal.
321. Je ne crains pas de pénétrer seul dans une pièce où d'autres personnes sont déjà réunies et discutent.
322. J'ai peur de me servir d'un couteau ou de tout autre objet très coupant et pointu.
323. Parfois je prends plaisir à faire du mal aux personnes que j'aime.
324. Je peux facilement inspirer de la crainte aux autres et je le fais parfois juste pour m'amuser.
325. J'ai plus de mal à me concentrer que la plupart des gens.
326. Il m'arrive souvent de renoncer à faire quelque chose parce que je doute trop de mes capacités.
327. De vilains mots, souvent même des mots terribles, me viennent à l'esprit et je ne peux pas m'en débarrasser.
328. Il m'arrive parfois qu'une pensée sans importance tourne dans ma tête et me gêne pendant des jours.
329. Presque chaque jour, il se passe quelque chose qui m'effraie.
330. Par moments, je suis rempli d'énergie.
331. J'ai tendance à mal vivre les choses.
332. J'ai parfois pris du plaisir à être blessé par quelqu'un que j'aimais.
333. Les gens font des réflexions blessantes et grossières à mon sujet.
334. Je me sens mal à l'aise à l'intérieur des maisons.
335. Je ne suis pas particulièrement préoccupé de l'effet que je produis.
336. Quelqu'un contrôle mon esprit.
337. Dans des soirées, j'ai plutôt tendance à m'installer seul ou simplement avec une autre personne plutôt que de me mêler à la foule.
338. Les gens me déçoivent souvent.
339. J'ai parfois eu l'impression que les problèmes s'accumulaient tellement que je ne pourrais pas les surmonter.
340. J'adore aller danser.
341. Mon esprit semble par moments fonctionner plus lentement que d'habitude.
342. Dans le train, l'autobus, etc., je parle souvent à des gens que je ne connais pas.
343. J'aime les enfants.
344. J'aime jouer de petites sommes.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

345. Si je le pouvais, je participerais à des actions qui feraient progresser la société.
346. J'ai souvent rencontré des gens censés être des experts et qui en réalité n'en savaient pas plus que moi.
347. J'ai l'impression d'être un raté quand j'apprends la réussite de quelqu'un que je connais bien.
348. Je pense souvent : « Je souhaiterais être un enfant à nouveau ».
349. Je ne suis jamais plus heureux que lorsque je suis seul.
350. Si on m'en donnait l'occasion, je serais un bon meneur d'hommes.
351. Je suis toujours gêné par les "histoires cochonnes".
352. Les gens exigent généralement plus de respect pour leurs droits personnels qu'ils ne sont prêts à en accorder à ceux des autres.
353. J'adore les fêtes et les dîners, simplement pour être avec des gens.
354. J'essaie de me souvenir des bonnes histoires pour les redire.
355. A une ou plusieurs reprises dans ma vie j'ai eu l'impression que quelqu'un me faisait faire des choses en m'hypnotisant.
356. Je trouve difficile de m'arrêter, même pour un court moment, dans une tâche que j'ai commencée.
357. Assez souvent, je ne suis pas au courant des potins et des conversations du groupe auquel j'appartiens.
358. J'ai souvent trouvé des personnes jalouses de mes bonnes idées simplement parce qu'elles n'y avaient pas pensé les premières.
359. J'aime être en groupe pour l'ambiance stimulante.
360. Cela ne me gêne pas de rencontrer des inconnus.
361. Quelqu'un a essayé d'influencer mes pensées.
362. Je me rappelle avoir feint la maladie pour échapper à quelque chose.
363. Mes ennuis semblent disparaître quand je suis en compagnie d'un joyeux groupe d'amis.
364. J'ai tendance à abandonner rapidement lorsque les choses vont de travers.
365. J'aime faire savoir aux gens ma position sur les choses.
366. Il m'est arrivé de traverser des périodes au cours desquelles j'étais si plein d'énergie que dormir ne me semblait plus nécessaire pendant plusieurs jours.
367. Autant que possible, j'évite de me trouver dans une foule.
368. Je recule devant les difficultés ou les crises.
369. J'ai tendance à renoncer à ce que je veux faire quand d'autres pensent que cela n'en vaut pas la peine.
370. J'aime les soirées et les petites fêtes.
371. J'ai souvent désiré être de l'autre sexe.
372. Je ne me mets pas facilement en colère.
373. J'ai commis dans le passé quelques mauvaises actions dont je n'ai jamais parlé à personne.
374. La plupart des gens utiliseront des moyens quelque peu malhonnêtes pour réussir dans la vie.
375. Cela me rend nerveux que les gens me posent des questions personnelles.
376. Je ne me sens pas capable de préparer mon avenir.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

377. Je ne suis pas content de moi tel que je suis.
378. Je me mets en colère quand mes amis ou ma famille me donnent des conseils sur la façon de vivre ma vie.
379. J'ai reçu de nombreuses corrections dans mon enfance.
380. Cela me gêne quand les gens disent des choses gentilles à mon sujet.
381. Je n'aime pas entendre les autres donner leur opinion sur la vie.
382. J'ai souvent de sérieux désaccords avec les gens qui me sont proches.
383. Quand les choses vont vraiment mal, je sais que je peux compter sur ma famille pour m'aider.
384. J'aimais jouer à la dinette quand j'étais enfant.
385. Je n'ai pas peur du feu.
386. Il m'est arrivé de rester éloigné de quelqu'un parce que je craignais de dire ou de faire quelque chose que j'aurais pu regretter ensuite.
387. Je peux exprimer mes vrais sentiments seulement quand je bois.
388. Je n'ai que très rarement le "cafard".
389. On me dit souvent que je suis emporté.
390. J'aimerais cesser de me tourmenter au sujet des choses que j'ai dites et qui pourraient avoir blessé les autres.
391. Je me sens incapable de tout dire sur moi-même à quelqu'un.
392. J'ai, entre autres, peur des éclairs.
393. J'aime que les gens ne puissent deviner ce que je suis sur le point de faire.
394. Mes projets m'ont parfois semblé tellement remplis de difficultés que j'ai dû les abandonner.
395. J'ai peur de me trouver seul dans le noir.
396. J'ai souvent eu l'impression pénible d'avoir été mal compris en essayant d'empêcher quelqu'un de faire une erreur.
397. La tempête me terrifie.
398. Je demande fréquemment conseil aux gens.
399. L'avenir est trop incertain pour qu'on puisse faire des projets sérieux.
- X400. Souvent, même lorsque tout va bien pour moi, j'ai l'impression que je me moque de tout.
401. L'eau ne me fait pas peur.
402. Avant de décider quelque chose d'important, je pense qu'il est bon de se rappeler que la nuit porte conseil.
403. Les gens se sont souvent mépris sur mes intentions quand j'essayais de les détromper et de les aider.
404. J'avale sans aucune difficulté.
405. En général, je suis calme et je ne m'inquiète pas facilement.
406. Cela m'amuserait certainement de battre des criminels à leur propre jeu.
407. Je mérite un châtement sévère pour mes péchés.
408. J'ai tendance à être si touché par les déceptions que je n'arrive pas à les chasser de mon esprit.
409. Cela m'ennuie que quelqu'un me regarde travailler, même quand je sais que je fais bien mon travail.
410. Je suis parfois tellement furieux de voir quelqu'un passer devant moi dans une queue que je lui en fais la remarque.
411. Je pense souvent que je ne suis bon à rien.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

412. Quand j'étais jeune, il m'est arrivé souvent de ne pas aller à l'école même quand j'aurais dû le faire.
413. Un ou plusieurs membres de ma famille sont excessivement nerveux.
414. J'ai parfois dû me montrer dur avec des gens qui étaient impolis ou désagréables.
415. Je me fais du mauvais sang en pensant à tous les malheurs qui pourraient arriver.
416. J'ai vraiment des convictions politiques.
417. J'aimerais être coureur automobile.
418. Je trouve qu'il est bien de contourner la loi si on ne la viole pas réellement.
419. Certaines personnes me sont tellement antipathiques que j'éprouve un plaisir intérieur quand elles se font "pincer" pour quelque chose qu'elles ont fait.
420. Cela m'énerve d'être obligé d'attendre.
421. J'ai tendance à laisser tomber ce que je voulais faire quand d'autres pensent que je m'y prends mal.
422. J'adorais les émotions fortes quand j'étais jeune.
423. J'ai souvent tendance à faire l'impossible pour prendre l'avantage sur quelqu'un qui s'est opposé à moi.
424. Je suis contrarié quand les gens à l'extérieur, dans les rues, dans les boutiques, etc., me regardent.
425. L'homme auquel j'avais le plus affaire quand j'étais enfant (mon père, mon beau-père, etc.) était très strict avec moi.
426. J'aimais jouer à la marelle et sauter à la corde.
427. Je n'ai jamais eu de visions. /
428. J'ai plusieurs fois changé d'avis sur mon métier.
429. Sauf sur ordonnance médicale, je ne prends jamais de médicaments ou de pilules pour dormir.
430. Je regrette souvent d'être aussi irritable et grincheux.
431. A l'école, mes notes de conduite étaient assez régulièrement mauvaises.
432. Le feu me fascine.
433. Quand je suis "coincé", je ne dis que la part de vérité qui ne risque pas de me nuire.
434. Si j'étais en difficulté avec plusieurs amis qui seraient aussi coupables que moi, je préférerais prendre tout le blâme sur moi que de les mettre dans le coup.
435. J'ai très souvent peur du noir.
436. Quand un homme est avec une femme, il pense généralement à des choses qui se rapportent au sexe.
437. Je suis habituellement très direct avec les gens que j'essaie de corriger ou d'améliorer.
438. Je redoute l'idée d'un tremblement de terre.
439. Je "marche" facilement et complètement pour une bonne idée.
440. Je préfère me débrouiller moi-même plutôt que demander à quelqu'un de me montrer comment procéder.
441. J'ai peur de me trouver dans une petite pièce fermée.
442. Je dois reconnaître qu'il m'est arrivé de me faire beaucoup trop de soucis pour une raison qui en réalité n'en valait pas la peine.
- / 443. Je ne me donne pas la peine de dissimuler aux gens la piètre opinion que j'ai d'eux ou la pitié qu'ils m'inspirent.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

444. Je suis une personne excessivement nerveuse.
445. J'ai souvent eu pour chefs des gens qui semblaient s'arranger pour recevoir le bénéfice de ce qui était fait de bien dans leur service, mais qui étaient très capables d'attribuer les fautes à leurs subordonnés.
446. Il m'est quelquefois difficile de défendre mes droits parce que je suis très réservé.
447. La saleté m'effraie ou me dégoûte.
448. J'ai une vie imaginaire dont je ne parle pas aux autres.
449. Certains membres de ma famille ont un caractère emporté.
450. Je ne peux rien faire correctement.
451. Je me sens souvent coupable parce que je fais semblant d'être beaucoup plus désolé par quelque chose que je ne le suis en réalité.
452. En règle générale, je défends fermement mes propres opinions.
453. Je n'ai pas peur des araignées.
454. L'avenir me semble sans espoir.
455. Les membres de ma famille et mes proches parents s'entendent assez bien.
456. J'aimerais beaucoup porter des vêtements chers.
457. On peut assez facilement me faire changer d'avis même quand j'ai décidé quelque chose.
458. Certains animaux me rendent nerveux.
459. Je supporte aussi bien la douleur que les autres.
460. Il m'est arrivé plusieurs fois d'être le dernier à renoncer à essayer de faire une chose.
461. Cela me met en colère d'être avec des gens qui me forcent à me presser.
462. Je n'ai pas peur des souris.
463. Plusieurs fois par semaine, j'ai le pressentiment que quelque chose de terrible est sur le point d'arriver.
464. Je me sens fatigué la plupart du temps.
465. J'aime réparer une serrure.
466. J'ai de temps en temps la conviction que les autres savent à quoi je pense.
467. J'aime lire des livres scientifiques.
468. J'ai peur de me trouver seul dans un vaste espace ouvert.
469. J'ai parfois l'impression que je vais m'effondrer.
470. Beaucoup de gens sont coupables d'avoir une mauvaise conduite sexuelle.
471. Il m'est souvent arrivé d'avoir des frayeurs au milieu de la nuit.
472. Je suis très ennuyé parce que j'oublie toujours où je mets les choses.
473. La personne à laquelle j'étais le plus attaché et que j'admirais le plus dans mon enfance était une femme (mère, sœur, tante ou une autre femme).
474. Je préfère les histoires d'aventures aux histoires sentimentales.
475. Souvent, je m'embrouille et j'oublie ce que je veux dire.
476. Je suis très emprunté et maladroit.
477. J'aime vraiment pratiquer des sports violents (comme le football ou le rugby).
478. Je déteste toute ma famille.
479. Certains pensent qu'il est difficile de me connaître.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

480. Je passe la majeure partie de mon temps libre tout seul.
481. Quand les gens font quelque chose qui me met en colère, je leur fais savoir ce que je ressens.
482. J'ai habituellement du mal à décider ce qu'il faut faire.
483. On ne me trouve pas séduisant.
484. Les gens ne sont pas très aimables avec moi.
485. J'ai souvent l'impression que je ne suis pas aussi bon que les autres.
486. Je suis très entêté.
- ✓ 487. J'ai pris plaisir à consommer de la marijuana.
488. La maladie mentale est un signe de faiblesse.
489. J'ai un problème avec la drogue ou l'alcool.
- ✓ 490. Les revenants ou les esprits peuvent agir sur les gens en bien ou en mal.
491. Je me sens désemparé quand j'ai à prendre des décisions importantes.
492. Je m'efforce toujours d'être agréable même quand les autres sont énervés et critiques.
493. Quand j'ai un problème cela m'aide d'en discuter avec quelqu'un.
494. Mes buts principaux dans la vie sont à ma portée.
495. Je crois que les gens devraient garder pour eux-mêmes leurs problèmes personnels.
496. Je ne ressens pas beaucoup de tension ni de contrainte ces jours-ci.
497. Cela m'ennuie beaucoup de penser à faire des changements dans ma vie.
498. Mes problèmes les plus importants sont causés par le comportement de quelqu'un qui m'est proche.
499. Je déteste aller chez le médecin même quand je suis malade.
500. Bien que je ne sois pas heureux de ma vie, il n'y a rien que je puisse faire pour cela en ce moment.
501. Discuter de ses problèmes et de ses soucis avec quelqu'un aide souvent davantage que de prendre des drogues ou des médicaments.
502. J'ai quelques habitudes qui peuvent réellement me nuire.
503. Quand des problèmes doivent être résolus, je laisse habituellement les autres prendre les choses en main.
504. Je me reconnais plusieurs défauts que je ne me crois pas capable de changer.
505. J'en ai tellement marre de ce que j'ai à faire chaque jour que je désire seulement me débarrasser de tout ça.
506. J'ai récemment envisagé de me tuer.
507. Je deviens souvent très irritable quand quelqu'un interrompt mon travail.
508. J'ai souvent l'impression que je peux lire les pensées des autres.
509. Avoir à prendre des décisions importantes me rend nerveux.
510. Les autres me disent que je mange trop vite.
- ✓ 511. Une fois par semaine au moins, je me "défonce" ou je me saoule.
512. J'ai eu dans ma vie une perte tragique dont je sais que je ne me remettrai jamais.
513. Parfois je suis si furieux et bouleversé que je ne sais pas ce qui me prend.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

514. Quand on me demande de faire quelque chose il m'est difficile de dire non.
515. Je ne suis jamais plus heureux que quand je suis seul.
516. Ma vie est vide et dépourvue de sens.
517. Il m'est difficile de garder un travail.
518. J'ai commis beaucoup de graves erreurs dans ma vie.
519. Je m'en veux de céder aux autres si souvent.
520. Récemment j'ai sérieusement pensé à me tuer.
521. J'aime prendre des décisions et distribuer les tâches aux autres.
522. Même sans ma famille, je sais qu'il y aura toujours quelqu'un pour prendre soin de moi.
523. Au cinéma, au restaurant ou au stade, je déteste devoir faire la queue.
524. Personne ne le sait mais j'ai essayé de me suicider.
525. Tout va trop vite autour de moi.
526. Je sais que je suis un fardeau pour les autres.
527. Après une mauvaise journée, j'ai habituellement besoin de boire quelques verres pour me détendre.
528. Beaucoup de mes problèmes sont dus à mon manque de chance.
529. Parfois il me semble que je ne peux pas m'arrêter de parler.
530. Parfois je me coupe ou je me blesse exprès sans savoir pourquoi.
531. Je travaille de très longues heures alors que mon métier ne l'exige pas.
532. Habituellement je me sens mieux après une bonne crise de larmes.
533. J'oublie où je laisse les choses.
534. Si je pouvais refaire ma vie, je ne voudrais pas changer grand-chose.
535. Je deviens très irritable quand les gens sur lesquels je compte ne terminent pas leur travail à temps.
536. Si je suis contrarié je suis sûr d'avoir mal à la tête.
537. J'aime mener et conclure de dures négociations.
538. La plupart des hommes font des infidélités à leur femme de temps en temps.
539. Récemment, j'ai perdu tout désir de résoudre mes problèmes.
540. Il m'est arrivé de devenir furieux et de briser des meubles ou de la vaisselle quand j'avais bu.
541. Je travaille mieux quand j'ai un délai précis.
542. Je me suis tellement mis en colère contre quelqu'un que j'ai eu l'impression que j'allais exploser.
543. De terribles pensées au sujet de ma famille me viennent parfois à l'esprit.
544. On me dit que j'ai un problème avec l'alcool mais je ne suis pas d'accord.
545. J'ai toujours trop peu de temps pour faire les choses.
546. Ces jours-ci mes pensées se tournent de plus en plus vers la mort et la vie de l'au-delà.
547. Souvent je garde et je conserve des choses dont je ne me servirai probablement jamais.
548. Il m'est arrivé parfois d'être si en colère que j'ai blessé quelqu'un en me battant avec lui.

CONTINUEZ PAGE SUIVANTE

10

549. Dans tout ce que je fais depuis peu, j'ai l'impression d'être mis à l'épreuve.
550. J'ai peu affaire à ma famille maintenant.
551. J'ai parfois l'impression d'entendre mes pensées énoncées à haute voix.
552. Quand je suis triste, une visite à des amis m'aide toujours à m'en sortir.
553. Beaucoup de choses qui m'arrivent en ce moment semblent m'être déjà arrivées auparavant.
554. Quand ma vie devient difficile, j'ai juste envie de tout laisser tomber.
555. Je ne peux pas pénétrer dans une pièce obscure tout seul, même dans ma maison.
556. Je me fais beaucoup de soucis à propos de l'argent.
557. C'est l'homme qui doit être le chef de la famille.
558. Le seul endroit où je me sens détendu c'est dans mon foyer.
559. Les gens avec qui je travaille ne compétissent pas à mes problèmes.
560. Je suis satisfait de la somme d'argent que je gagne.
561. J'ai habituellement assez d'énergie pour faire mon travail.
562. Il m'est difficile d'accepter des compliments.
563. Dans la plupart des mariages, l'un des partenaires ou les deux sont malheureux.
564. Je ne perds presque jamais la maîtrise de moi-même.
565. Ces jours-ci il me faut faire un grand effort pour me rappeler ce que les gens m'ont dit.
566. Quand je suis triste ou découragé, c'est mon travail qui en souffre.
567. La plupart des couples mariés ne se montrent pas beaucoup d'affection réciproque.

FIN

53955010 - 07/2008

Annexe N°03 : Feuilles de passation du MMPI-2

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Age : Sexe :

Profession :

Date de passation :

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

CS Scanné avec CamScanner

Exemplaire de Feuille de Réponse de test MMPI-2

| | | |
|----------------|-----------------|-----------------|
| NOTES : | ? _____ | Pa _____ |
| | L _____ | Pt _____ |
| | F _____ | Sc _____ |
| | K _____ | Ma _____ |
| | Hs _____ | Si _____ |
| | D _____ | |
| | Hy _____ | |
| | Pd _____ | |
| | Mf _____ | |

 Scanné avec CamScanner

Exemplaire de Feuille de Réponse de test MMPI-2

| | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 81 | V F | 136 | V F | 191 | V F | 246 | V F | 301 | V F | 356 | V F | 411 | V F | 466 | V F | 521 | V F |
| 82 | V F | 137 | V F | 192 | V F | 247 | V F | 302 | V F | 357 | V F | 412 | V F | 467 | V F | 522 | V F |
| 83 | V F | 138 | V F | 193 | V F | 248 | V F | 303 | V F | 358 | V F | 413 | V F | 468 | V F | 523 | V F |
| 84 | V F | 139 | V F | 194 | V F | 249 | V F | 304 | V F | 359 | V F | 414 | V F | 469 | V F | 524 | V F |
| 85 | V F | 140 | V F | 195 | V F | 250 | V F | 305 | V F | 360 | V F | 415 | V F | 470 | V F | 525 | V F |
| 86 | V F | 141 | V F | 196 | V F | 251 | V F | 306 | V F | 361 | V F | 416 | V F | 471 | V F | 526 | V F |
| 87 | V F | 142 | V F | 197 | V F | 252 | V F | 307 | V F | 362 | V F | 417 | V F | 472 | V F | 527 | V F |
| 88 | V F | 143 | V F | 198 | V F | 253 | V F | 308 | V F | 363 | V F | 418 | V F | 473 | V F | 528 | V F |
| 89 | V F | 144 | V F | 199 | V F | 254 | V F | 309 | V F | 364 | V F | 419 | V F | 474 | V F | 529 | V F |
| 90 | V F | 145 | V F | 200 | V F | 255 | V F | 310 | V F | 365 | V F | 420 | V F | 475 | V F | 530 | V F |
| 91 | V F | 146 | V F | 201 | V F | 256 | V F | 311 | V F | 366 | V F | 421 | V F | 476 | V F | 531 | V F |
| 92 | V F | 147 | V F | 202 | V F | 257 | V F | 312 | V F | 367 | V F | 422 | V F | 477 | V F | 532 | V F |
| 93 | V F | 148 | V F | 203 | V F | 258 | V F | 313 | V F | 368 | V F | 423 | V F | 478 | V F | 533 | V F |
| 94 | V F | 149 | V F | 204 | V F | 259 | V F | 314 | V F | 369 | V F | 424 | V F | 479 | V F | 534 | V F |
| 95 | V F | 150 | V F | 205 | V F | 260 | V F | 315 | V F | 370 | V F | 425 | V F | 480 | V F | 535 | V F |
| 1 | V F | 41 | V F | 96 | V F | 151 | V F | 206 | V F | 261 | V F | 316 | V F | 371 | V F | 426 | V F |
| 2 | V F | 42 | V F | 97 | V F | 152 | V F | 207 | V F | 262 | V F | 317 | V F | 372 | V F | 427 | V F |
| 3 | V F | 43 | V F | 98 | V F | 153 | V F | 208 | V F | 263 | V F | 318 | V F | 373 | V F | 428 | V F |
| 4 | V F | 44 | V F | 99 | V F | 154 | V F | 209 | V F | 264 | V F | 319 | V F | 374 | V F | 429 | V F |
| 5 | V F | 45 | V F | 100 | V F | 155 | V F | 210 | V F | 265 | V F | 320 | V F | 375 | V F | 430 | V F |
| 6 | V F | 46 | V F | 101 | V F | 156 | V F | 211 | V F | 266 | V F | 321 | V F | 376 | V F | 431 | V F |
| 7 | V F | 47 | V F | 102 | V F | 157 | V F | 212 | V F | 267 | V F | 322 | V F | 377 | V F | 432 | V F |
| 8 | V F | 48 | V F | 103 | V F | 158 | V F | 213 | V F | 268 | V F | 323 | V F | 378 | V F | 433 | V F |
| 9 | V F | 49 | V F | 104 | V F | 159 | V F | 214 | V F | 269 | V F | 324 | V F | 379 | V F | 434 | V F |
| 10 | V F | 50 | V F | 105 | V F | 160 | V F | 215 | V F | 270 | V F | 325 | V F | 380 | V F | 435 | V F |
| 11 | V F | 51 | V F | 106 | V F | 161 | V F | 216 | V F | 271 | V F | 326 | V F | 381 | V F | 436 | V F |
| 12 | V F | 52 | V F | 107 | V F | 162 | V F | 217 | V F | 272 | V F | 327 | V F | 382 | V F | 437 | V F |
| 13 | V F | 53 | V F | 108 | V F | 163 | V F | 218 | V F | 273 | V F | 328 | V F | 383 | V F | 438 | V F |
| 14 | V F | 54 | V F | 109 | V F | 164 | V F | 219 | V F | 274 | V F | 329 | V F | 384 | V F | 439 | V F |
| 15 | V F | 55 | V F | 110 | V F | 165 | V F | 220 | V F | 275 | V F | 330 | V F | 385 | V F | 440 | V F |
| 16 | V F | 56 | V F | 111 | V F | 166 | V F | 221 | V F | 276 | V F | 331 | V F | 386 | V F | 441 | V F |
| 17 | V F | 57 | V F | 112 | V F | 167 | V F | 222 | V F | 277 | V F | 332 | V F | 387 | V F | 442 | V F |
| 18 | V F | 58 | V F | 113 | V F | 168 | V F | 223 | V F | 278 | V F | 333 | V F | 388 | V F | 443 | V F |
| 19 | V F | 59 | V F | 114 | V F | 169 | V F | 224 | V F | 279 | V F | 334 | V F | 389 | V F | 444 | V F |
| 20 | V F | 60 | V F | 115 | V F | 170 | V F | 225 | V F | 280 | V F | 335 | V F | 390 | V F | 445 | V F |
| 21 | V F | 61 | V F | 116 | V F | 171 | V F | 226 | V F | 281 | V F | 336 | V F | 391 | V F | 446 | V F |
| 22 | V F | 62 | V F | 117 | V F | 172 | V F | 227 | V F | 282 | V F | 337 | V F | 392 | V F | 447 | V F |
| 23 | V F | 63 | V F | 118 | V F | 173 | V F | 228 | V F | 283 | V F | 338 | V F | 393 | V F | 448 | V F |
| 24 | V F | 64 | V F | 119 | V F | 174 | V F | 229 | V F | 284 | V F | 339 | V F | 394 | V F | 449 | V F |
| 25 | V F | 65 | V F | 120 | V F | 175 | V F | 230 | V F | 285 | V F | 340 | V F | 395 | V F | 450 | V F |
| 26 | V F | 66 | V F | 121 | V F | 176 | V F | 231 | V F | 286 | V F | 341 | V F | 396 | V F | 451 | V F |
| 27 | V F | 67 | V F | 122 | V F | 177 | V F | 232 | V F | 287 | V F | 342 | V F | 397 | V F | 452 | V F |
| 28 | V F | 68 | V F | 123 | V F | 178 | V F | 233 | V F | 288 | V F | 343 | V F | 398 | V F | 453 | V F |
| 29 | V F | 69 | V F | 124 | V F | 179 | V F | 234 | V F | 289 | V F | 344 | V F | 399 | V F | 454 | V F |
| 30 | V F | 70 | V F | 125 | V F | 180 | V F | 235 | V F | 290 | V F | 345 | V F | 400 | V F | 455 | V F |
| 31 | V F | 71 | V F | 126 | V F | 181 | V F | 236 | V F | 291 | V F | 346 | V F | 401 | V F | 456 | V F |
| 32 | V F | 72 | V F | 127 | V F | 182 | V F | 237 | V F | 292 | V F | 347 | V F | 402 | V F | 457 | V F |
| 33 | V F | 73 | V F | 128 | V F | 183 | V F | 238 | V F | 293 | V F | 348 | V F | 403 | V F | 458 | V F |
| 34 | V F | 74 | V F | 129 | V F | 184 | V F | 239 | V F | 294 | V F | 349 | V F | 404 | V F | 459 | V F |
| 35 | V F | 75 | V F | 130 | V F | 185 | V F | 240 | V F | 295 | V F | 350 | V F | 405 | V F | 460 | V F |
| 36 | V F | 76 | V F | 131 | V F | 186 | V F | 241 | V F | 296 | V F | 351 | V F | 406 | V F | 461 | V F |
| 37 | V F | 77 | V F | 132 | V F | 187 | V F | 242 | V F | 297 | V F | 352 | V F | 407 | V F | 462 | V F |
| 38 | V F | 78 | V F | 133 | V F | 188 | V F | 243 | V F | 298 | V F | 353 | V F | 408 | V F | 463 | V F |
| 39 | V F | 79 | V F | 134 | V F | 189 | V F | 244 | V F | 299 | V F | 354 | V F | 409 | V F | 464 | V F |
| 40 | V F | 80 | V F | 135 | V F | 190 | V F | 245 | V F | 300 | V F | 355 | V F | 410 | V F | 465 | V F |

Feuille de Réponse du test (MMPI-2) pour le Cas « A » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom :Cao.....

Prénom :A.....

Date de naissance :11.....

Age :41.5..... Sexe :F.....

Profession :Jeune au garçon.....

Date de passation :21-09-2021.....

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.
© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.
-MMPI-2- and -Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2- are trademarks owned by The University of Minnesota.

21/01/27

| | | | | | |
|----------------|-----|-----------|----------|-----------|--------------------|
| NOTES : | ? | <u>0</u> | Paranoïa | Pa | <u>18</u> |
| Mensonge | L | <u>07</u> | Pt | <u>26</u> | psychasténie |
| Roset- | F | <u>16</u> | Sc | <u>33</u> | Schizophrénie |
| Corrèctim | K | <u>13</u> | Ma | <u>23</u> | hypomanie |
| Hypochondrie | His | <u>18</u> | Si | <u>44</u> | Introversion SC |
| Dépression | D | <u>32</u> | | | |
| Hystérie | Hy | <u>28</u> | | | |
| Dévotion | Pd | <u>26</u> | | | |
| psychopathique | Mf | <u>30</u> | | | |
| Masculinité | | | | | |
| féminité | | | | | |

$$\begin{array}{r}
 +18 \\
 +13 \\
 +17 \\
 \hline
 48
 \end{array}$$

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 | 101 | 102 | 103 | 104 | 105 | 106 | 107 | 108 | 109 | 110 | 111 | 112 | 113 | 114 | 115 | 116 | 117 | 118 | 119 | 120 | 121 | 122 | 123 | 124 | 125 | 126 | 127 | 128 | 129 | 130 | 131 | 132 | 133 | 134 | 135 | 136 | 137 | 138 | 139 | 140 | 141 | 142 | 143 | 144 | 145 | 146 | 147 | 148 | 149 | 150 | 151 | 152 | 153 | 154 | 155 | 156 | 157 | 158 | 159 | 160 | 161 | 162 | 163 | 164 | 165 | 166 | 167 | 168 | 169 | 170 | 171 | 172 | 173 | 174 | 175 | 176 | 177 | 178 | 179 | 180 | 181 | 182 | 183 | 184 | 185 | 186 | 187 | 188 | 189 | 190 | 191 | 192 | 193 | 194 | 195 | 196 | 197 | 198 | 199 | 200 | 201 | 202 | 203 | 204 | 205 | 206 | 207 | 208 | 209 | 210 | 211 | 212 | 213 | 214 | 215 | 216 | 217 | 218 | 219 | 220 | 221 | 222 | 223 | 224 | 225 | 226 | 227 | 228 | 229 | 230 | 231 | 232 | 233 | 234 | 235 | 236 | 237 | 238 | 239 | 240 | 241 | 242 | 243 | 244 | 245 | 246 | 247 | 248 | 249 | 250 | 251 | 252 | 253 | 254 | 255 | 256 | 257 | 258 | 259 | 260 | 261 | 262 | 263 | 264 | 265 | 266 | 267 | 268 | 269 | 270 | 271 | 272 | 273 | 274 | 275 | 276 | 277 | 278 | 279 | 280 | 281 | 282 | 283 | 284 | 285 | 286 | 287 | 288 | 289 | 290 | 291 | 292 | 293 | 294 | 295 | 296 | 297 | 298 | 299 | 300 | 301 | 302 | 303 | 304 | 305 | 306 | 307 | 308 | 309 | 310 | 311 | 312 | 313 | 314 | 315 | 316 | 317 | 318 | 319 | 320 | 321 | 322 | 323 | 324 | 325 | 326 | 327 | 328 | 329 | 330 | 331 | 332 | 333 | 334 | 335 | 336 | 337 | 338 | 339 | 340 | 341 | 342 | 343 | 344 | 345 | 346 | 347 | 348 | 349 | 350 | 351 | 352 | 353 | 354 | 355 | 356 | 357 | 358 | 359 | 360 | 361 | 362 | 363 | 364 | 365 | 366 | 367 | 368 | 369 | 370 | 371 | 372 | 373 | 374 | 375 | 376 | 377 | 378 | 379 | 380 | 381 | 382 | 383 | 384 | 385 | 386 | 387 | 388 | 389 | 390 | 391 | 392 | 393 | 394 | 395 | 396 | 397 | 398 | 399 | 400 | 401 | 402 | 403 | 404 | 405 | 406 | 407 | 408 | 409 | 410 | 411 | 412 | 413 | 414 | 415 | 416 | 417 | 418 | 419 | 420 | 421 | 422 | 423 | 424 | 425 | 426 | 427 | 428 | 429 | 430 | 431 | 432 | 433 | 434 | 435 | 436 | 437 | 438 | 439 | 440 | 441 | 442 | 443 | 444 | 445 | 446 | 447 | 448 | 449 | 450 | 451 | 452 | 453 | 454 | 455 | 456 | 457 | 458 | 459 | 460 | 461 | 462 | 463 | 464 | 465 | 466 | 467 | 468 | 469 | 470 | 471 | 472 | 473 | 474 | 475 | 476 | 477 | 478 | 479 | 480 | 481 | 482 | 483 | 484 | 485 | 486 | 487 | 488 | 489 | 490 | 491 | 492 | 493 | 494 | 495 | 496 | 497 | 498 | 499 | 500 | 501 | 502 | 503 | 504 | 505 | 506 | 507 | 508 | 509 | 510 | 511 | 512 | 513 | 514 | 515 | 516 | 517 | 518 | 519 | 520 | 521 | 522 | 523 | 524 | 525 | 526 | 527 | 528 | 529 | 530 | 531 | 532 | 533 | 534 | 535 | 536 | 537 | 538 | 539 | 540 | 541 | 542 | 543 | 544 | 545 | 546 | 547 | 548 | 549 | 550 | 551 | 552 | 553 | 554 | 555 | 556 | 557 | 558 | 559 | 560 | 561 | 562 | 563 | 564 | 565 | 566 | 567 |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|

Feuille de Réponse de test (MMPI-2) pour le cas « B » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veuillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom : C. asPrénom : B

Date de naissance :

Age : 24 ans Sexe : HommeProfession : EtudiantDate de passation : 04-03-2015

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.

© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

•MMPI-2• and •Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2• are trademarks owned by The University of Minnesota.



Scanné avec CamScanner

Pa
SC
MA

NOTES : ? _____ 6 Pa 24

L 5 7 Pt 30

F 20 8 Sc 45

K 9 9 Ma 27

10 Hs 16 Si 38
NO

2 D 25

3 Hy 23

4 Pd 26

5 Mf 26

Feuille de Réponse de test (MMPI-2) pour le cas « C » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veuillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom : CasPrénom : CDate de naissance : 27/11/1986Age : 38 ans Sexe : HProfession : Ingénieur de ProductionDate de passation : 06/03/2025

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.

© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.



Scanné avec CamScanner

1 - Hs
2 - Pa
3 - Pd

NOTES: ? _____ 2 Pa 22

L 6 Pt 31

F 22 Sc 35

K 13 Ma 20

1 Hs 25 Si 35

D 31

Hy 36

3 Pd 28

Mf 17

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|--------------|-----|--------------|-----------------|
| 81 | V | F | 138 | V | F | 191 | V | F | 248 | V | F | 301 | V | F | 358 | V | F | 411 | V | F | 468 | V | F | 521 | V | F |
| 82 | V | F | 137 | V | F | 192 | V | F | 247 | V | F | 302 | V | F | 357 | V | F | 412 | V | F | 467 | V | F | 522 | V | F |
| 83 | V | F | 136 | V | F | 193 | V | F | 246 | V | F | 303 | V | F | 356 | V | F | 413 | V | F | 466 | V | F | 523 | V | F |
| 84 | V | F | 135 | V | F | 194 | V | F | 245 | V | F | 304 | V | F | 355 | V | F | 414 | V | F | 465 | V | F | 524 | V | F |
| 85 | V | F | 140 | V | F | 195 | V | F | 250 | V | F | 305 | V | F | 360 | V | F | 415 | V | F | 470 | V | F | 525 | V | F |
| 86 | V | F | 141 | V | F | 196 | V | F | 251 | V | F | 306 | V | F | 361 | V | F | 416 | V | F | 471 | V | F | 526 | V | F |
| 87 | V | F | 142 | V | F | 197 | V | F | 252 | V | F | 307 | V | F | 362 | V | F | 417 | V | F | 472 | V | F | 527 | V | F |
| 88 | V | F | 143 | V | F | 198 | V | F | 253 | V | F | 308 | V | F | 363 | V | F | 418 | V | F | 473 | V | F | 528 | V | F |
| 89 | V | F | 144 | V | F | 199 | V | F | 254 | V | F | 309 | V | F | 364 | V | F | 419 | V | F | 474 | V | F | 529 | V | F |
| 90 | V | F | 145 | V | F | 200 | V | F | 255 | V | F | 310 | V | F | 365 | V | F | 420 | V | F | 475 | V | F | 530 | V | F |
| 91 | V | F | 146 | V | F | 201 | V | F | 256 | V | F | 311 | V | F | 366 | V | F | 421 | V | F | 476 | V | F | 531 | V | F |
| 92 | V | F | 147 | V | F | 202 | V | F | 257 | V | F | 312 | V | F | 367 | V | F | 422 | V | F | 477 | V | F | 532 | V | F |
| 93 | V | F | 148 | V | F | 203 | V | F | 258 | V | F | 313 | V | F | 368 | V | F | 423 | V | F | 478 | V | F | 533 | V | F |
| 94 | V | F | 149 | V | F | 204 | V | F | 259 | V | F | 314 | V | F | 369 | V | F | 424 | V | F | 479 | V | F | 534 | V | F |
| 95 | V | F | 150 | V | F | 205 | V | F | 260 | V | F | 315 | V | F | 370 | V | F | 425 | V | F | 480 | V | F | 535 | V | F |
| 1 | V | F | 41 | V | F | 96 | V | F | 151 | V | F | 206 | V | F | 261 | V | F | 316 | V | F | 371 | V | F | 426 | V | F |
| 2 | V | F | 42 | V | F | 97 | V | F | 152 | V | F | 207 | V | F | 262 | V | F | 317 | V | F | 372 | V | F | 427 | V | F |
| 3 | V | F | 43 | V | F | 98 | V | F | 153 | V | F | 208 | V | F | 263 | V | F | 318 | V | F | 373 | V | F | 428 | V | F |
| 4 | V | F | 44 | V | F | 99 | V | F | 154 | V | F | 209 | V | F | 264 | V | F | 319 | V | F | 374 | V | F | 429 | V | F |
| 5 | V | F | 45 | V | F | 100 | V | F | 155 | V | F | 210 | V | F | 265 | V | F | 320 | V | F | 375 | V | F | 430 | V | F |
| 6 | V | F | 46 | V | F | 101 | V | F | 156 | V | F | 211 | V | F | 266 | V | F | 321 | V | F | 376 | V | F | 431 | V | F |
| 7 | V | F | 47 | V | F | 102 | V | F | 157 | V | F | 212 | V | F | 267 | V | F | 322 | V | F | 377 | V | F | 432 | V | F |
| 8 | V | F | 48 | V | F | 103 | V | F | 158 | V | F | 213 | V | F | 268 | V | F | 323 | V | F | 378 | V | F | 433 | V | F |
| 9 | V | F | 49 | V | F | 104 | V | F | 159 | V | F | 214 | V | F | 269 | V | F | 324 | V | F | 379 | V | F | 434 | V | F |
| 10 | V | F | 50 | V | F | 105 | V | F | 160 | V | F | 215 | V | F | 270 | V | F | 325 | V | F | 380 | V | F | 435 | V | F |
| 11 | V | F | 51 | V | F | 106 | V | F | 161 | V | F | 216 | V | F | 271 | V | F | 326 | V | F | 381 | V | F | 436 | V | F |
| 12 | V | F | 52 | V | F | 107 | V | F | 162 | V | F | 217 | V | F | 272 | V | F | 327 | V | F | 382 | V | F | 437 | V | F |
| 13 | V | F | 53 | V | F | 108 | V | F | 163 | V | F | 218 | V | F | 273 | V | F | 328 | V | F | 383 | V | F | 438 | V | F |
| 14 | V | F | 54 | V | F | 109 | V | F | 164 | V | F | 219 | V | F | 274 | V | F | 329 | V | F | 384 | V | F | 439 | V | F |
| 15 | V | F | 55 | V | F | 110 | V | F | 165 | V | F | 220 | V | F | 275 | V | F | 330 | V | F | 385 | V | F | 440 | V | F |
| 16 | V | F | 56 | V | F | 111 | V | F | 166 | V | F | 221 | V | F | 276 | V | F | 331 | V | F | 386 | V | F | 441 | V | F |
| 17 | V | F | 57 | V | F | 112 | V | F | 167 | V | F | 222 | V | F | 277 | V | F | 332 | V | F | 387 | V | F | 442 | V | F |
| 18 | V | F | 58 | V | F | 113 | V | F | 168 | V | F | 223 | V | F | 278 | V | F | 333 | V | F | 388 | V | F | 443 | V | F |
| 19 | V | F | 59 | V | F | 114 | V | F | 169 | V | F | 224 | V | F | 279 | V | F | 334 | V | F | 389 | V | F | 444 | V | F |
| 20 | V | F | 60 | V | F | 115 | V | F | 170 | V | F | 225 | V | F | 280 | V | F | 335 | V | F | 390 | V | F | 445 | V | F |
| 21 | V | F | 61 | V | F | 116 | V | F | 171 | V | F | 226 | V | F | 281 | V | F | 336 | V | F | 391 | V | F | 446 | V | F |
| 22 | V | F | 62 | V | F | 117 | V | F | 172 | V | F | 227 | V | F | 282 | V | F | 337 | V | F | 392 | V | F | 447 | V | F |
| 23 | V | F | 63 | V | F | 118 | V | F | 173 | V | F | 228 | V | F | 283 | V | F | 338 | V | F | 393 | V | F | 448 | V | F |
| 24 | V | F | 64 | V | F | 119 | V | F | 174 | V | F | 229 | V | F | 284 | V | F | 339 | V | F | 394 | V | F | 449 | V | F |
| 25 | V | F | 65 | V | F | 120 | V | F | 175 | V | F | 230 | V | F | 285 | V | F | 340 | V | F | 395 | V | F | 450 | V | F |
| 26 | V | F | 66 | V | F | 121 | V | F | 176 | V | F | 231 | V | F | 286 | V | F | 341 | V | F | 396 | V | F | 451 | V | F |
| 27 | V | F | 67 | V | F | 122 | V | F | 177 | V | F | 232 | V | F | 287 | V | F | 342 | V | F | 397 | V | F | 452 | V | F |
| 28 | V | F | 68 | V | F | 123 | V | F | 178 | V | F | 233 | V | F | 288 | V | F | 343 | V | F | 398 | V | F | 453 | V | F |
| 29 | V | F | 69 | V | F | 124 | V | F | 179 | V | F | 234 | V | F | 289 | V | F | 344 | V | F | 399 | V | F | 454 | V | F |
| 30 | V | F | 70 | V | F | 125 | V | F | 180 | V | F | 235 | V | F | 290 | V | F | 345 | V | F | 400 | V | F | 455 | V | F |
| 31 | V | F | 71 | V | F | 126 | V | F | 181 | V | F | 236 | V | F | 291 | V | F | 346 | V | F | 401 | V | F | 456 | V | F |
| 32 | V | F | 72 | V | F | 127 | V | F | 182 | V | F | 237 | V | F | 292 | V | F | 347 | V | F | 402 | V | F | 457 | V | F |
| 33 | V | F | 73 | V | F | 128 | V | F | 183 | V | F | 238 | V | F | 293 | V | F | 348 | V | F | 403 | V | F | 458 | V | F |
| 34 | V | F | 74 | V | F | 129 | V | F | 184 | V | F | 239 | V | F | 294 | V | F | 349 | V | F | 404 | V | F | 459 | V | F |
| 35 | V | F | 75 | V | F | 130 | V | F | 185 | V | F | 240 | V | F | 295 | V | F | 350 | V | F | 405 | V | F | 460 | V | F |
| 36 | V | F | 76 | V | F | 131 | V | F | 186 | V | F | 241 | V | F | 296 | V | F | 351 | V | F | 406 | V | F | 461 | V | F |
| 37 | V | F | 77 | V | F | 132 | V | F | 187 | V | F | 242 | V | F | 297 | V | F | 352 | V | F | 407 | V | F | 462 | V | F </ |

Feuille de Réponse de test (MMPI-2) pour le Cas « D » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veuillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom : CasPrénom : DDate de naissance : 10/10/1965Age : 50 ans Sexe : HommeProfession : Commerçant d'agricultureDate de passation : 09/03/2015

ecpa Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.

© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

•MMPI-2• and •Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2• are trademarks owned by The University of Minnesota.

paulans

delig

hypo

4

NOTES: ? 1 Pa 24L 5 Pt 22F 22 3 Sc 34K 9 2 Ma 27Hs 12 Si 24D 30Hy 23Pd 29Mf 27

Feuille de Réponse de test (MMPI-2) pour le cas « E » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONSVeuillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.Nom : CasPrénom : EDate de naissance : 1/1Age : 31 Sexe : femmeProfession : EnseignanteDate de passation : 10/03/2025**ecpa** Les Editions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
© 1996 by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.



Scanné avec CamScanner

| | | | |
|---------|----|----|----|
| NOTES : | ? | Pa | 15 |
| | L | Pt | 26 |
| | F | Sc | 46 |
| | K | Ma | 31 |
| | Hs | Si | 30 |
| | D | | |
| | Hy | | |
| | Pd | | |
| | Mf | | |

Sch⁺ (01)
P₂ (02)
PH (03)

Feuille de Réponse du test (MMPI-2) pour le Cas « F » :

MMPI-2™

Feuille de réponses

*Inventaire Multiphasique de
Personnalité du Minnesota-2™*

S.R. Hathaway et J.C. McKinley

INSTRUCTIONS

Veuillez suivre ces consignes
pour compléter cette Feuille de
réponses.

1 - Reportez vos nom, prénom, date
de naissance, âge, sexe, profession
et la date de passation sur le côté
droit de cette page.

2 - Utilisez un crayon de papier et
cochez la case correspondant à
votre réponse.

3 - Si vous voulez changer une
réponse, veuillez à effacer
complètement la croix que vous
avez faite.

Nom : CasPrénom : FDate de naissance : 10/11Age : 40 Sexe : MProfession : IngénieurDate de passation : 18/03/2025

ecpa Les Éditions
du Centre
de Psychologie
Appliquée

Translated and Adapted by Permission.

© 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
© 1996 by Les Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, S.A. - 25, rue de la Plaine - 75980 PARIS CEDEX 20. Tous droits réservés.

•MMPI-2• and •Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2• are trademarks owned by The University of Minnesota.

CS Scanné avec CamScanner

| | | | |
|----------|-----------|----|-----------|
| NOTES: ? | <u>0</u> | Pa | <u>16</u> |
| L | <u>09</u> | Pt | <u>17</u> |
| F | <u>11</u> | Sc | <u>21</u> |
| K | <u>14</u> | Ma | <u>22</u> |
| Hs | <u>14</u> | Si | <u>28</u> |
| D | <u>22</u> | | |
| Hy | <u>25</u> | | |
| Pd | <u>23</u> | | |
| Mf | <u>25</u> | | |

hypomou (4)
Dorsu die (2)
Deviation
Psychophth (3)

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|-----|---|---|
| 81 | V | F | 136 | V | F | 191 | V | F | 246 | V | F | 301 | V | F | 356 | V | F | 411 | V | F | 466 | V | F | 521 | V | F |
| 82 | V | F | 137 | V | F | 192 | V | F | 247 | V | F | 302 | V | F | 357 | V | F | 412 | V | F | 467 | V | F | 522 | V | F |
| 83 | V | F | 138 | V | F | 193 | V | F | 248 | V | F | 303 | V | F | 358 | V | F | 413 | V | F | 468 | V | F | 523 | V | F |
| 84 | V | F | 139 | V | F | 194 | V | F | 249 | V | F | 304 | V | F | 359 | V | F | 414 | V | F | 469 | V | F | 524 | V | F |
| 85 | V | F | 140 | V | F | 195 | V | F | 250 | V | F | 305 | V | F | 360 | V | F | 415 | V | F | 470 | V | F | 525 | V | F |
| 86 | V | F | 141 | V | F | 196 | V | F | 251 | V | F | 306 | V | F | 361 | V | F | 416 | V | F | 471 | V | F | 526 | V | F |
| 87 | V | F | 142 | V | F | 197 | V | F | 252 | V | F | 307 | V | F | 362 | V | F | 417 | V | F | 472 | V | F | 527 | V | F |
| 88 | V | F | 143 | V | F | 198 | V | F | 253 | V | F | 308 | V | F | 363 | V | F | 418 | V | F | 473 | V | F | 528 | V | F |
| 89 | V | F | 144 | V | F | 199 | V | F | 254 | V | F | 309 | V | F | 364 | V | F | 419 | V | F | 474 | V | F | 529 | V | F |
| 90 | V | F | 145 | V | F | 200 | V | F | 255 | V | F | 310 | V | F | 365 | V | F | 420 | V | F | 475 | V | F | 530 | V | F |
| 91 | V | F | 146 | V | F | 201 | V | F | 256 | V | F | 311 | V | F | 366 | V | F | 421 | V | F | 476 | V | F | 531 | V | F |
| 92 | V | F | 147 | V | F | 202 | V | F | 257 | V | F | 312 | V | F | 367 | V | F | 422 | V | F | 477 | V | F | 532 | V | F |
| 93 | V | F | 148 | V | F | 203 | V | F | 258 | V | F | 313 | V | F | 368 | V | F | 423 | V | F | 478 | V | F | 533 | V | F |
| 94 | V | F | 149 | V | F | 204 | V | F | 259 | V | F | 314 | V | F | 369 | V | F | 424 | V | F | 479 | V | F | 534 | V | F |
| 95 | V | F | 150 | V | F | 205 | V | F | 260 | V | F | 315 | V | F | 370 | V | F | 425 | V | F | 480 | V | F | 535 | V | F |
| 1 | V | F | 41 | V | F | 96 | V | F | 151 | V | F | 206 | V | F | 261 | V | F | 316 | V | F | 371 | V | F | 426 | V | F |
| 2 | V | F | 42 | V | F | 97 | V | F | 152 | V | F | 207 | V | F | 262 | V | F | 317 | V | F | 372 | V | F | 427 | V | F |
| 3 | V | F | 43 | V | F | 98 | V | F | 153 | V | F | 208 | V | F | 263 | V | F | 318 | V | F | 373 | V | F | 428 | V | F |
| 4 | V | F | 44 | V | F | 99 | V | F | 154 | V | F | 209 | V | F | 264 | V | F | 319 | V | F | 374 | V | F | 429 | V | F |
| 5 | V | F | 45 | V | F | 100 | V | F | 155 | V | F | 210 | V | F | 265 | V | F | 320 | V | F | 375 | V | F | 430 | V | F |
| 6 | V | F | 46 | V | F | 101 | V | F | 156 | V | F | 211 | V | F | 266 | V | F | 321 | V | F | 376 | V | F | 431 | V | F |
| 7 | V | F | 47 | V | F | 102 | V | F | 157 | V | F | 212 | V | F | 267 | V | F | 322 | V | F | 377 | V | F | 432 | V | F |
| 8 | V | F | 48 | V | F | 103 | V | F | 158 | V | F | 213 | V | F | 268 | V | F | 323 | V | F | 378 | V | F | 433 | V | F |
| 9 | V | F | 49 | V | F | 104 | V | F | 159 | V | F | 214 | V | F | 269 | V | F | 324 | V | F | 379 | V | F | 434 | V | F |
| 10 | V | F | 50 | V | F | 105 | V | F | 160 | V | F | 215 | V | F | 270 | V | F | 325 | V | F | 380 | V | F | 435 | V | F |
| 11 | V | F | 51 | V | F | 106 | V | F | 161 | V | F | 216 | V | F | 271 | V | F | 326 | V | F | 381 | V | F | 436 | V | F |
| 12 | V | F | 52 | V | F | 107 | V | F | 162 | V | F | 217 | V | F | 272 | V | F | 327 | V | F | 382 | V | F | 437 | V | F |
| 13 | V | F | 53 | V | F | 108 | V | F | 163 | V | F | 218 | V | F | 273 | V | F | 328 | V | F | 383 | V | F | 438 | V | F |
| 14 | V | F | 54 | V | F | 109 | V | F | 164 | V | F | 219 | V | F | 274 | V | F | 329 | V | F | 384 | V | F | 439 | V | F |
| 15 | V | F | 55 | V | F | 110 | V | F | 165 | V | F | 220 | V | F | 275 | V | F | 330 | V | F | 385 | V | F | 440 | V | F |
| 16 | V | F | 56 | V | F | 111 | V | F | 166 | V | F | 221 | V | F | 276 | V | F | 331 | V | F | 386 | V | F | 441 | V | F |
| 17 | V | F | 57 | V | F | 112 | V | F | 167 | V | F | 222 | V | F | 277 | V | F | 332 | V | F | 387 | V | F | 442 | V | F |
| 18 | V | F | 58 | V | F | 113 | V | F | 168 | V | F | 223 | V | F | 278 | V | F | 333 | V | F | 388 | V | F | 443 | V | F |
| 19 | V | F | 59 | V | F | 114 | V | F | 169 | V | F | 224 | V | F | 279 | V | F | 334 | V | F | 389 | V | F | 444 | V | F |
| 20 | V | F | 60 | V | F | 115 | V | F | 170 | V | F | 225 | V | F | 280 | V | F | 335 | V | F | 390 | V | F | 445 | V | F |
| 21 | V | F | 61 | V | F | 116 | V | F | 171 | V | F | 226 | V | F | 281 | V | F | 336 | V | F | 391 | V | F | 446 | V | F |
| 22 | V | F | 62 | V | F | 117 | V | F | 172 | V | F | 227 | V | F | 282 | V | F | 337 | V | F | 392 | V | F | 447 | V | F |
| 23 | V | F | 63 | V | F | 118 | V | F | 173 | V | F | 228 | V | F | 283 | V | F | 338 | V | F | 393 | V | F | 448 | V | F |
| 24 | V | F | 64 | V | F | 119 | V | F | 174 | V | F | 229 | V | F | 284 | V | F | 339 | V | F | 394 | V | F | 449 | V | F |
| 25 | V | F | 65 | V | F | 120 | V | F | 175 | V | F | 230 | V | F | 285 | V | F | 340 | V | F | 395 | V | F | 450 | V | F |
| 26 | V | F | 66 | V | F | 121 | V | F | 176 | V | F | 231 | V | F | 286 | V | F | 341 | V | F | 396 | V | F | 451 | V | F |
| 27 | V | F | 67 | V | F | 122 | V | F | 177 | V | F | 232 | V | F | 287 | V | F | 342 | V | F | 397 | V | F | 452 | V | F |
| 28 | V | F | 68 | V | F | 123 | V | F | 178 | V | F | 233 | V | F | 288 | V | F | 343 | V | F | 398 | V | F | 453 | V | F |
| 29 | V | F | 69 | V | F | 124 | V | F | 179 | V | F | 234 | V | F | 289 | V | F | 344 | V | F | 399 | V | F | 454 | V | F |
| 30 | V | F | 70 | V | F | 125 | V | F | 180 | V | F | 235 | V | F | 290 | V | F | 345 | V | F | 400 | V | F | 455 | V | F |
| 31 | V | F | 71 | V | F | 126 | V | F | 181 | V | F | 236 | V | F | 291 | V | F | 346 | V | F | 401 | V | F | 456 | V | F |
| 32 | V | F | 72 | V | F | 127 | V | F | 182 | V | F | 237 | V | F | 292 | V | F | 347 | V | F | 402 | V | F | 457 | V | F |
| 33 | V | F | 73 | V | F | 128 | V | F | 183 | V | F | 238 | V | F | 293 | V | F | 348 | V | F | 403 | V | F | 458 | V | F |
| 34 | V | F | 74 | V | F | 129 | V | F | 184 | V | F | 239 | V | F | 294 | V | F | 349 | V | F | 404 | V | F | 459 | V | F |
| 35 | V | F | 75 | V | F | 130 | V | F | 185 | V | F | 240 | V | F | 295 | V | F | 350 | V | F | 405 | V | F | 460 | V | F |
| 36 | V | F | 76 | V | F | 131 | V | F | 186 | V | F | 241 | V | F | 296 | V | F | 351 | V | F | 406 | V | F | 461 | V | F |
| 37 | V | F | 77 | V | F | 132 | V | F | 187 | V | F | 242 | V | F | 297 | V | F | 352 | V | F | 407 | V | F | 462 | V | F |
| 38 | V | F | 78 | V | F | 133 | V | F | 188 | V | F | 243 | V | F | 298 | V | F | 353 | V | F | 408 | V | F | 463 | V | F |
| 39 | V | F | 79 | V | F | 134 | V | F | 189 | V | F | 244 | V | F | 299 | V | F | 354 | V | F | 409 | V | F | 464 | V | F |
| 40 | V | F | 80 | V | F | 135 | V | F | 190 | V | F | 245 | V | F | 300 | V | F | 355 | V | F | 410 | V | F | 465 | V | F |

Annexe N°04 : exemplaires de feuilles de Cotation du test MMIP-2 :

MMPI-2

S.B. Hathorn et J.J. McKeon
*Centres Multidisciplinaires de
 Psychiatrie de Minnesota 2*

ecpa
 Les Editions
 du Centre
 de Psychologie Appliquée
 10 rue de la Paix - 75002 Paris Cedex 02

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.
 Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

MMPI-2 and Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2 are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____

HOMME

| T ou Tc | L | F | K | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 0 | T ou Tc |
|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---------|
| 120 | | | | | | | | | | | | | | 120 |
| 115 | | | | | | | | | | | | | | 115 |
| 110 | | | | | | | | | | | | | | 110 |
| 105 | | | | | | | | | | | | | | 105 |
| 100 | | | | | | | | | | | | | | 100 |
| 95 | | | | | | | | | | | | | | 95 |
| 90 | | | | | | | | | | | | | | 90 |
| 85 | | | | | | | | | | | | | | 85 |
| 80 | | | | | | | | | | | | | | 80 |
| 75 | | | | | | | | | | | | | | 75 |
| 70 | | | | | | | | | | | | | | 70 |
| 65 | | | | | | | | | | | | | | 65 |
| 60 | | | | | | | | | | | | | | 60 |
| 55 | | | | | | | | | | | | | | 55 |
| 50 | | | | | | | | | | | | | | 50 |
| 45 | | | | | | | | | | | | | | 45 |
| 40 | | | | | | | | | | | | | | 40 |
| 35 | | | | | | | | | | | | | | 35 |
| 30 | | | | | | | | | | | | | | 30 |
| 25 | | | | | | | | | | | | | | 25 |
| 20 | | | | | | | | | | | | | | 20 |
| 15 | | | | | | | | | | | | | | 15 |
| 10 | | | | | | | | | | | | | | 10 |
| 5 | | | | | | | | | | | | | | 5 |
| 0 | | | | | | | | | | | | | | 0 |

Note brute ? _____

Valeur de K à soustraire

Exemplaire de feuille de Cotation / Homme

MMPI-2

S.R. Hathaway et J.C. McKinley
*Manuel de l'Inventaire Multiphasique de
 Personnalité de Minnesota-2*

ecpa Les Editions
 du Centre
 de Psychologie
 Appliquée
 25 rue de la Plume - 75002 Paris Cedex 02

Feuille de profil - Echelles cliniques de base

Translated and Adapted by Permission.

Copyright © 1943 (renewed 1970), 1989, 1992 by the University of Minnesota, Minneapolis, MN, U.S.A. All rights reserved.

Copyright © 1996 of the French edition by Les Editions du Centre de Psychologie Appliquée. Tous droits réservés.

«MMPI-2» and «Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2» are trademarks owned by The University of Minnesota.

Nom : _____ Prénom : _____

Age : _____ Sexe : _____

Adresse : _____

Date de passation : _____ Profession : _____

FEMME

| T ou Tc | L | F | K | Hy-5K | D | Hy | Pd-4K | MI | Pa | Pl-1K | Sc-1K | Ma-2K | Si | T ou Tc |
|---------|---|----|----|-------|----|----|-------|----|----|-------|-------|-------|----|---------|
| 120 | | 30 | | 45 | 55 | | 50 | | 30 | | | | | 120 |
| 115 | | | | | | 50 | | | 65 | | 80 | | | 115 |
| 110 | | | | 40 | 50 | | 10 | | 60 | | 75 | 40 | | 110 |
| 105 | | | | | | 45 | | 25 | | | 70 | | | 105 |
| 100 | | 25 | | 35 | | | 15 | | 55 | | 65 | 35 | | 100 |
| 95 | | 15 | | | | 40 | | | 50 | | 60 | | 65 | 95 |
| 90 | | | 20 | 30 | | | 20 | 20 | | | 55 | | 60 | 90 |
| 85 | | | | | | 35 | | | 45 | | 50 | 30 | 55 | 85 |
| 80 | | | 30 | | | | | | 40 | | 45 | | 50 | 80 |
| 75 | | 15 | | 25 | | | 25 | | 40 | | 40 | | 45 | 75 |
| 70 | | | | 30 | | | | | 30 | | 40 | | 40 | 70 |
| 65 | | | | | | | | | | | 25 | | 40 | 65 |
| 60 | | 10 | | 20 | | | | 30 | | 35 | 35 | | 35 | 60 |
| 55 | | | | | | 25 | | | | | | | 35 | 55 |
| 50 | | | | | | | 25 | | 10 | 30 | 30 | 20 | 30 | 50 |
| 45 | | 5 | | 15 | | | | 35 | | | | | 25 | 45 |
| 40 | | | | | | 20 | | | | 25 | | | 20 | 40 |
| 35 | | | | | | 15 | | 40 | 5 | 20 | 20 | | 15 | 35 |
| 30 | | 0 | | 5 | | | | | | | 15 | 10 | | 30 |

Note brute ? _____ Valeur de K à ajouter _____

Exemplaire de feuille de cotation / Femme

Résumé

Les troubles de la personnalité jouent un rôle central dans la compréhension des patients hospitalisés en psychiatrie. Cette recherche vise à identifier les structures de personnalité chez les adultes hospitalisés. L'hypothèse formulée suggérait une prédominance des structures psychotiques, névrotiques ou limites. L'étude a été menée auprès de six patients à l'EHS de Oued-Ghir, en utilisant des entretiens semi-directifs et le test MMPI-2. Les résultats ont révélé une forte présence de caractéristiques psychotiques, telles que le retrait social, la pensée désorganisée et la distorsion de la réalité. Ces données confirment notre hypothèse initiale et soulignent l'importance d'un bilan approfondi de la personnalité en milieu psychiatrique. Une telle évaluation permet une meilleure compréhension du patient et un ajustement pertinent des stratégies thérapeutiques.

Mots clés : personnalité, structure psychotique, hospitalisation psychiatrique, MMPI-2.

Abstract

Personality disorders play a key role in understanding psychiatric inpatients. This study aims to identify personality structures in hospitalized adults. We hypothesized a predominance of psychotic, neurotic, or borderline traits. The study was conducted with six patients at EHS Oued-Ghir, using semi-structured interviews and the MMPI-2 test. Results revealed predominant psychotic features, including social withdrawal, disorganized thinking, and distorted reality. These findings confirm our initial hypothesis and highlight the importance of comprehensive personality assessment in psychiatric settings. Such evaluations enhance understanding and improve the relevance of therapeutic approaches.

Keywords : personality, psychotic structure, psychiatric hospitalization, MMPI-2.