

**UNIVERSITE 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

# **La qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderlines**

**Réalisé par**

LALAOUI Tassadit  
MANSOURI Cylia

**Encadré par**

**Mm HADERBACHE Lamia**

Année universitaire 2017/2018

## Remerciements

*Nous tenons tout d'abord à remercier profondément notre promotrice Mm Haderbache Lamia pour son orientation, sa confiance, sa patience et son soutien à chacune des étapes de ce projet de recherche qui ont constitué un apport considérable sans lequel ce travail n'aurait pas pu être mené au bon port.*

*Un immense merci s'adresse à tous nos sujets de recherche, qui nous ont données de leur temps et sans eux ce travail de recherche n'aurait pas pu réaliser*

*Nos vifs remerciements vont également aux membres du jury pour l'intérêt qu'ils ont porté à notre recherche en acceptant d'examiner notre travail Et de l'enrichir par leurs propositions.*

*Toutes nos expressions de respect et de gratitude au Professeur, Psychiatre Adja qui nous a bien accueillis dans son service de psychiatrie et sans lui ce travail n'aurait évidemment pas effectué, ainsi pour son précieux soutien qui nous a initié aux aspects théoriques de notre thématique.*

*Nous remercions également tous les membres du personnel de service psychiatrique, en particulier chef de service Mm Bougtaya et docteur psychiatre Moukhtari, ainsi la psychologue Mm Belmouhoube.*

*Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce travail et qui nous ont encouragé et soutenu à tout moment dans la réalisation de ce projet.*

## Dédicace

*En premier lieu, je dédie ce modeste travail à mes très chers parents pour leur patience illimitée et leur aide. Aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont 'ils ne cessent de me combler. Que dieu leur procure bonne santé et longue vie.*

*A mon oncle Abdelkader et sa femme*

*A mes chers frères Salime et Aïssa qui m'ont beaucoup soutenue et encouragé.*

*A mes grands parents*

*A toute ma famille, particulièrement à ma cousine Nora qui m'a beaucoup aidée.*

*A ma promotrice, Mme Haderbache Lamia qui a toujours été là pour nous.*

*A tous mes amis et à tous mes camarades avec qui j'ai passé mes plus belles années*

Lalaoui Tassadit

## *Liste des abréviations*

**APA** : American Psychological Association.

**CIM** : Classification internationale des troubles mentaux.

**CISS**: Coping Inventory for Stressful Situations.

**DSM** : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux.

**HAS** : Haute autorité et santé

**L'EQ-5D** : L'Europol-5 dimension.

**NICE**: National institute for health and care excellence.

**OMS** : Organisation mondiale de la santé.

**QLV**: Qualité de vie.

**SF-36**: Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey.

**SF-6D**: Short-Form Six-Dimension

**SIP** : Schémas précoces inadapté

**TBM** : Traitement fondé sur la mentalisation

**TCC** : Théorie cognitive et comportementale.

**TCD**: Thérapie comportementale dialectique.

**TCT** : Thérapie centrée sur le transfert

**TOS** : Thérapie des schémas

**TP** : Trouble de personnalité.

**TPB** : Trouble de personnalité borderline.

**TPL** : Trouble de personnalité limite.

<i><b>Abréviations</b></i>	<i><b>Nom complet</b></i>
<b>APA</b>	American Psychological Association.
<b>CIM</b>	
<b>CISS</b>	
<b>DSM</b>	
<b>HAS</b>	
<b>L'EQ-5D</b>	
<b>NICE</b>	
<b>QLV</b>	
<b>SF-36</b>	Medical Outcome Study Short Form 36 item health survey.
<b>SF-6D</b>	Short-Form Six-Dimension
<b>SIP</b>	Schémas précoces inadapté
<b>TBM</b>	Traitement fondé sur la mentalisation
<b>TCC</b>	Théorie cognitive et comportementale.
<b>TCD</b>	Thérapie comportementale dialectique.
<b>TCT</b>	Thérapie centrée sur le transfert
<b>TOS</b>	Thérapie des schémas
<b>TP</b>	Trouble de personnalité.

<b>TPB</b>	Trouble de personnalité borderline.
<b>TPL</b>	Trouble de personnalité limite.

## *Dédicaces*

*En premier lieu, je souhaite dédier ce modeste travail à mes chers parents qui ont œuvré pour ma réussite, de par leur amour, leur soutien, tous les sacrifices consentis et leur précieux conseils, pour toute leur assistance et leur présence dans ma vie, reçoivent à travers ce travail aussi modeste soit-il, l'expression de mes sentiments et de mon éternelle gratitude.*

*A mon grand frère et sœurs qui n'ont cessé d'être pour moi des exemples de persévérance, de courage et de générosité.*

*A toute ma famille, particulièrement à ma cousine Lydia et Assia qui m'ont beaucoup aidées.*

*A mon cher fiancé Raouf qui m'a beaucoup encouragé et soutenue.*

*A ma promotrice, Mme Haderbache Lamia qui a toujours été là pour nous.*

*A tous mes amis et à tous mes camarades avec qui j'ai passé mes plus belles années*

*Mansouri Cylia*

# Sommaire

Introduction -----	01
--------------------	----

## Partie théorique

### Chapitre I : Le trouble de personnalité borderline

Préambule-----	05
1) Rappels généraux -----	06
2) Présentation de troubles de personnalité-----	10
3) La personnalité pathologique de type borderline :	
3.1) Historique du TPB -----	16
3.2) Définitions du TPB -----	22
3.3) Les critères diagnostiques du TPB selon la CIM10 -----	24
3.4) Les critères diagnostiques du TPB selon le DSM5-----	25
3.5) L'étiopathogénie du TPB -----	27
3.6) Description clinique du TPB -----	29
3.7) Les formes cliniques du TPB-----	33
3.8) Les approches psychopathologiques -----	34
3.9) L'évolution du TPB -----	43
3.10) Le diagnostic différentiel -----	43
3.11) Les troubles associés au TPB-----	44
3.12) La prise en charge du TPB-----	45
Synthèse-----	53

### Chapitre II : La qualité de vie

Préambule-----	54
1) L'apparition et l'évolution du concept QLV -----	55
2) L'utilisation actuelle du concept -----	57
3) Les définitions -----	57

4) Les concepts associés -----	59
5) Les indicateurs -----	60
6) Les conceptions de la QLV : (objectives et subjectives)-----	61
7) La QLV liée à la santé-----	63
8) La QLV liée à l'environnement -----	64
9) La QLV globale -----	65
10)Les domaines de la QLV -----	65
11)Les différentes approches -----	68
12)La qualité de vie et maladie mentale -----	69
13)Les différents outils pour mesurer la QLV -----	70
14)Mesure de QLV liée à la santé et à la santé mentale -----	72

Synthèse -----	74
----------------	----

### **Chapitre III : Les stratégies de coping**

Préambule-----	75
1) L'origine et l'évolution de concept du coping-----	76
2) Définitions des concepts -----	77
3) Stress et coping -----	80
4) Les différents types de stratégies de coping -----	82
5) Les différents modèles de coping-----	84
6) Les déterminants dispositionnels du coping -----	85
7) Les phases d'évaluation du coping-----	88
8) Les sources du coping-----	90
9) L'efficacité des stratégies de coping -----	91
10) Le style de coping et les traits de personnalité -----	93
11) Le coping et trouble de personnalité borderline -----	94
12) Quelques instruments de mesures de coping-----	94
13) La stabilité des stratégies de coping-----	96
Synthèse-----	97
<b>Problématique et hypothèses -----</b>	<b>98</b>

## Partie pratique

### Chapitre IV : La méthodologie de recherche

Préambule-----	107
1) Limites de la recherche -----	107
2) Méthode utilisée dans la recherche -----	108
3) Lieu de recherche-----	111
4) Groupe de recherche -----	113
5) Outils de la recherche-----	115
6) Déroulement de la recherche -----	127
7) Attitude du chercheur-----	130
8) Difficultés de la recherche -----	131
Synthèse-----	131

### Chapitre V : Présentation, analyse et discussion des hypothèses

Préambule-----	133
1) Présentation et analyse des résultats	
1.1) Cas Houria -----	134
1.2) Cas Farid -----	148
1.3) Cas Hanane -----	158
1.4) Cas Amel -----	167
1.5) Cas Rahim -----	175
2) Discussion des hypothèses -----	181
Synthèse-----	193

<i>Conclusion</i> -----	195
-------------------------	-----

<i>Liste bibliographique</i> -----	198
------------------------------------	-----

*Annexes*



## *Liste des tableaux*

<b>N°</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
N°1	Les types de troubles de personnalité	<b>15</b>
N°2	comparaison psychodynamique entre les lignées structurelles chez Bergeret (1998)	<b>34</b>
N°3	Dimension d'attachement désorganisé : style de personnalité borderline	<b>41</b>
N°4	Trouble de personnalité borderline : comorbidité	<b>45</b>
N°5	Caractéristiques du groupe de recherche	<b>115</b>
N°7	Guide d'interprétation des notes T	<b>126</b>
N°8	Résultats de Mm Houria obtenus dans la SF-36	<b>144</b>
N°9	Résultats de Mm Houria obtenus dans la CISS	<b>146</b>
N°10	Résultats de Mr Farid obtenus dans la SF-36	<b>154</b>
N°11	Résultats de Mr Farid obtenus dans La CISS	<b>156</b>
N°12	Résultats de Melle Hanene obtenus dans la SF-36	<b>163</b>
N°13	Résultats de Melle Hanene obtenus dans la CISS	<b>165</b>
N°14	Résultats de Mm Amel obtenus dans la SF-36	<b>171</b>
N°15	Résultats de Mm Amel obtenus dans la CISS	<b>173</b>
N°16	Résultats de Mr Rahim obtenus dans la SF-36	<b>177</b>
N°17	Résultats de Mr Rahim obtenus dans La CISS	<b>178</b>
N°18	Le récapitulatif De l'échelle CISS	<b>192</b>

## *Liste de figures*

<b>N°</b>	<b>Titre</b>	<b>Page</b>
<b>N°1</b>	L'etiopathogenie du TPB	<b>31</b>
<b>N°2</b>	Récapitulatif des cas du questionnaire SF-36	<b>191</b>

## *Liste des annexes*

<b>N°</b>	<b>Titre</b>
<b>N°1</b>	Guide d'entretien clinique semi-directif
<b>N°2</b>	Questionnaire de la qualité de vie MOS-SF-36
<b>N°3</b>	Le score de calcul de SF-36
<b>N°4</b>	Echelle de coping CISS
<b>N°5</b>	La consigne générale de CISS
<b>N°6</b>	Résultats du questionnaire SF-36 de Mm Houria
<b>N°7</b>	Résultats du questionnaire SF-36 de Mr Farid
<b>N°8</b>	Résultats du questionnaire SF-36 de Melle Hanene
<b>N°9</b>	Résultats du questionnaire SF-36 de Mm Amel
<b>N°10</b>	Résultats du questionnaire SF-36 de Mr Rahim
<b>N°11</b>	Résultats de l'échelle de coping CISS de Mm Houria
<b>N°12</b>	Résultats de l'échelle de coping CISS de Mm Farid
<b>N°13</b>	Résultats de l'échelle de coping CISS de Melle Hanene
<b>N°14</b>	Résultats de l'échelle de coping CISS de Mm Amel
<b>N°15</b>	Résultats de l'échelle de coping CISS de Mr Rahim
<b>N°16</b>	L'organigramme de CHU Frantz Fanon

Chez l'humain, les manifestations de la souffrance sont variées et parfois difficiles à comprendre. Les troubles mentaux recouvrent des pathologies hétérogènes et peuvent être à l'origine d'une multitude de situations cliniques. Ces troubles peuvent présenter ou non un caractère chronique, être associés ou non à d'autres comorbidités psychiatriques et sont susceptibles d'entraîner des handicaps, eux-mêmes potentiellement de différentes natures.

En particulier le trouble de personnalité borderline (TPB) est un état où dominant certains traits de personnalité, induisant une souffrance chez la personne et ses proches. Ces traits sont envahissants, rigides et persistants. Ils se manifestent par des comportements et des attitudes qui apportent des difficultés importantes d'adaptation. Le trouble de personnalité limite, dont il est question dans cette présente recherche, se caractérise par une instabilité au niveau des émotions, du comportement, de l'image de soi et des relations avec l'entourage. Les personnes présentant un TPB ont ainsi des difficultés sur le plan personnel, social et professionnel. Ils ont fréquemment le sentiment de ne pouvoir s'en sortir et cela se reflète par des sentiments d'angoisse, de découragement jusqu'à présenter fréquemment des idées et des gestes suicidaires.

La détresse émotionnelle et les difficultés comportementales associées à ce trouble ont aussi des répercussions importantes sur les personnes qui sont affectées et les amènent à vivre une variété d'émotion souvent intense découragement, impuissance, colère et angoisse. De ce fait, on a opérationnalisé le vécu psychologique de nos sujets de recherche en deux indicateurs cliniques, qui sont : la qualité de vie et les stratégies de coping.

Pour notre projet de recherche qui porte sur « la qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline », nous avons choisi comme lieu d'étude, le service psychiatrique de CHU Frantz Fanon de Bejaia, qui nous a permis de réaliser notre recherche. Pour la récolte des données, on a choisi l'entretien de recherche semi-directif, le questionnaire généraliste MOS- SF-36 pour évaluer et

apprécier la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline et l'échelle de coping CISS pour déterminer le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline.

Pour la réalisation de notre travail de recherche, nous avons choisi l'approche cognitivo-comportementale (TCC) qui est centrée sur les cognitions, les émotions et les comportements. Cette approche nous a permis de mieux décrire et d'expliquer le vécu psychologique des sujets borderline à savoir, apprécier la nature de la qualité de vie et le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline.

Par ailleurs, nous avons choisi le thème de la qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline en effectuant notre stage de Master I en psychologie clinique dans le service psychiatrique. Durant une période de cinq mois de stage (de mois de mars 2017 au mois de juillet 2017) en tant que stagiaires, on a pu être confrontée à la population des sujets borderline et aux difficultés dont ils souffrent. Cependant notre réflexion s'est directement penchée sur la nature du vécu psychologique de ces sujets à savoir la nature de leur qualité de vie et leur type de stratégies de faire face aux situations stressantes. L'intolérance à la douleur émotionnelle amène ces personnes à adopter des comportements destructeurs. Dans ce cadre, les raisons de notre choix à ce thème, est de mettre en lumière la souffrance des sujets borderline, une catégorie de personnes négligée dans notre société, qui mérite d'avoir plus d'attention pour répondre à leurs besoins cliniques. De plus, c'est une pathologie d'actualité et qu'aucune étude n'était réalisée au sein de notre université à ce sujet.

Concernant l'objectif principal de notre recherche est de décrire et d'expliquer le vécu psychologique des sujets ayant un trouble de personnalité borderline. Plus particulièrement, l'étude cherche à décrire et à apprécier la nature de leur qualité de vie et déterminer leur type de stratégies de coping mis

en œuvre pour y faire face aux situations stressantes. De plus, notre objectif partiel est sur le plan pratique déceler le niveau de la vulnérabilité des sujets borderline face aux situations stressantes afin de développer des plans d'intervention contre le stress quotidien de ces sujets qui sont confrontés aux difficultés internes et externes afin de prévenir les conséquences néfastes sur leur santé et leur bien-être psychologique.

En ce sens, notre travail est composé de cinq chapitres. On a d'abord présenté une introduction. Dans la partie théorique, le premier chapitre intitulé : le trouble de personnalité borderline, nous avons présenté rappels généraux sur ce qui est la sante, la sante mentale, le trouble mental et maladie mentale, la personnalité et la notion de personnalité normale et pathologique, ainsi une présentation des troubles de personnalité tels qu'ils sont envisagés par les classifications internationales la CIM10 et le DSM5 : les définitions, les critères diagnostiques, les types du TP et le diagnostic.

Ensuite, la notion de trouble borderline a été explicité avec un rappel sur l'historique, les définitions et les différents critères diagnostiques retenus ; puis des données concernant l'étiologie, description Clinique, les formes Cliniques, les approches psychopathologiques, l'évolution, le diagnostic différentiel, les troubles associés et la prise en charge.

Dans le deuxième chapitre qui porte sur la qualité de vie, nous avons présenté dans un premier temps, l'apparition et l'évolution du concept « QLV », ainsi que le point de vue des principaux auteurs, les définitions. Ensuite ces indicateurs, les concepts associés et la conception de la QLV. Dans un second temps, nous avons illustré les différentes composantes et dimensions de QLV : la QLV liée à la santé, la QLV liée à l'environnement et la QLV globale, ainsi les domaines de la QLV. En dernier temps, nous avons explicité la notion de QLV par les différentes approches de QLV, la qualité de vie et la maladie

mentale, les différents outils pour mesurer la QLV et mesure de la QLV liée à la santé et à la santé mentale.

Et dans le troisième chapitre qui porte sur les stratégies de coping nous avons présenté, l'origine et l'évolution du concept coping, ensuite, nous avons donné quelques définitions de stratégies de coping, après on a défini quelques concepts connexes, et puis la relation entre le stress et le coping. Nous avons abordé par la suite, les différents types de stratégies de coping, les différents modèles de coping, les déterminants dispositionnels du coping et les phases d'évaluations. Puis, les sources de coping, l'efficacité des stratégies de coping, le style de coping et les traits de personnalité, le coping et personnalité borderline, ainsi quelques instruments de mesure du coping et la stabilité des stratégies de coping.

Nous avons ensuite présenté, notre problématique et nos hypothèses, en plus l'opérationnalisation des concepts clés. Nous sommes ensuite passées à la partie pratique, le quatrième chapitre qui est la méthodologie de la recherche est composé des points suivants : les limites de la recherche, puis nous avons défini la méthode utilisée, ensuite nous avons présenté le lieu et le groupe de notre recherche, par la suite nous avons mis en avant les outils de recherche qu'on a employés et leurs analyses, nous avons évoqué le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

Nous avons consacré notre cinquième chapitre à la présentation, analyse et discussion des hypothèses, la première partie est consacrée à la présentation et analyse des résultats et la seconde partie à la discussion des hypothèses. Par la suite, nous avons présenté la conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

**Préambule :**

Le trouble de personnalité borderline (TPB), est un trouble sévère de sante mentale, chronique, handicapant et potentiellement létal. Les sujets borderline vivent une grande instabilité dans leur vie affective, dans leur comportement et dans leur image de soi, qui entraine des conséquences dévastatrices et parfois mortelle dans leur vie.

Dans ce premier chapitre, nous tenterons de donner après un bref préambule, rappels généraux sur ce qui est la sante et sante mentale, le trouble mental et maladie mentale, la personnalité et la notion de personnalité normale et pathologique, ainsi une présentation des troubles de personnalité tels qu'ils sont envisagés par les classifications internationales la CIM10 et le DSM5 : les définitions, les critères diagnostiques, les types du TP et le diagnostic.

La notion de trouble borderline sera ensuite explicitée avec un rappel sur historique, les définitions et les différents critères diagnostiques retenus ; puis des données concernant l'étiologie, description Clinique, les formes Cliniques, les approches psychopathologiques, l'évolution, le diagnostic différentiel, les troubles associés et la prise en charge, seront exposées avec en particulier les découvertes de cette dernière décennie pour enfin conclure avec une synthèse du chapitre.

## 1) Rappel généraux :

- **La sante et sante mentale :**

Chez chacun de nous, la sante physique et la sante mentale sont deux aspects fondamentaux de la vie intimement liés et étroitement indépendant. A mesure que l'on prend mieux conscience de cette corrélation, il devient toujours plus évident que la sante mentale revêt une importance vitale pour le bien-être générale des individus, des sociétés et des pays.

L'OMS souligne la dimension positive de la sante mentale dans la définition de la sante figurant sa constitution : « *la sante est un état complet bien-être physique, mentale et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* » ( OMS, 2010, p.7 ). La sante mentale est une composante essentielle de la sante, a également été définie comme : « *un état de bien-être par lequel l'individu reconnaît ses capacités, est capable de faire face au stress normal de la vie, travaille de manière productive et fructueuse et apporte une contribution à sa communauté* ». Elle signifie la possibilité pour les individus et les groupes humains de développer leurs compétences et d'atteindre les objectifs qu'ils se sont fixés. (OMS, 2010,p.7)

La sante mentale est la capacité qu'à chacun d'entre nous de ressentir, de penser et d'agir de manière à améliorer notre aptitude à jouir de la vie et à relever les défis auxquels nous sommes confrontés. Il d'un sentiment positif de bien-être émotionnel et spirituel qui respecte l'importance de la culture, de l'équité, de la justice sociale, des interactions et de la dignité personnelle (Louise., Paula., Jamela et al, 2006). Parmi les concepts de la sante mentale figurent le bien-être subjectif, de l'auto-perception de l'efficacité personnelle, l'autonomie, la compétence, la dépendance entre

générations et la reconnaissance de sa capacité d'auto-actualisation de son potentiel intellectuel et affectif

- **Le trouble mental et la maladie mentale:**

Selon le DSM5, un trouble mental : « *est un syndrome caractérisé par une perturbation cliniquement significative de la cognition d'un individu, de sa régulation émotionnelle ou de son comportement, et qui reflète l'existence d'un dysfonctionnement dans les processus psychologiques, biologiques ou développementaux sous-tendant le fonctionnement mental. Les troubles mentaux sont le plus souvent associés à une détresse ou à une altération importante des activités sociales, professionnelles ou des autres domaines importants du fonctionnement* ». (DSM5, 2015, p.22)

D'une autre part, les maladies mentales sont caractérisées par « *des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou d'une combinaison des trois) associés à un état de détresse et à un dysfonctionnement marqués. Les symptômes de la maladie mentale varient de léger à grave, selon le type de maladie mentale, la personne, la famille, et le contexte socio-économique* ». (Louis., Paula., Jamela et al,2006, p.17)

Selon ces définitions, la personne atteinte d'une maladie mentale a perdu cet état de bien-être qui permet de se sentir un membre à part entière de sa communauté et d'y exercer un rôle productif et valorisant. Au contraire, elle peut vivre un état de détresse important et voir restreindre ses habiletés personnelles, sociales, familiales, comportementales et communautaires. Ce sont surtout les comportements inadaptés, bizarres, perturbateurs ou dangereux qui conduisent la personne à se faire hospitaliser pour un séjour plus au moins long.

Enfin, la maladie mentale frappe toutes les couches de la société, indépendamment de la situation socio-économique, de la scolarité ou de

statu social, mais elle peut être perçue différemment d'une culture à une autre.

- **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 durables 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 confonderait 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 où 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)

## **2) Présentation de troubles de personnalité :**

### **2.1) Définitions de troubles de personnalité :**

Les critères utilisés pour définir les troubles de personnalité (TP) et en particulier le trouble de personnalité borderline (TPB), 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 diagnostic parce que nous nous en servons 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 la 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 côté, le DSM5 définit les troubles de personnalité comme : *« sont caractérisés par des altérations du fonctionnement de la personnalité et 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, obsessionnelle-compulsive 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.

- Qui est déjà présent à l'adolescence ou au début de l'âge adulte.
- Et qui est la source d'une souffrance ou d'une altération du fonctionnement.

## **2.2) 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)

### **2.3) 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)

#### 2.4) Tableau (1): Les types de troubles de personnalité

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

(Louise., Paula., Jamela)

## **2.5) Le diagnostic du TP :**

Le diagnostic de TP est classiquement posé à l'âge adulte ou enfin d'adolescence selon le DSM5. Dans cette classification, les TP appartiennent à l'axe II. Le diagnostic peut cependant être établi plutôt sous certaines conditions : « Les différentes catégories de trouble de la personnalité peuvent s'appliquer aux enfants et aux adolescents dans les cas relativement rares où les traits de personnalité inadaptés du sujet semblent envahissants, durables et dépassent le cadre d'un stade particulier du développement ou d'un épisode d'un trouble de l'axe I.

Il faut savoir donc que les traits d'un TP apparaissent dans l'enfance se modifient habituellement avec le passage à l'âge adulte. On ne peut diagnostiquer un trouble de personnalité chez une personne de moins de 18 ans que si les caractéristiques ont été présentés depuis au moins un ans ». A noter que pour la CIM10, le diagnostic de trouble de personnalité émotionnellement labile qu'il soit de type impulsif (F60-30) ou borderline (F60-31) ne peut être posé avant l'âge de 18 ans (OMS, 1994). (Auffret, 2015)

## **La personnalité borderline :**

Etre borderline implique de vivre des massives fluctuations d'humeur, des conflits interpersonnels permanents, un sentiment d'insécurité, des comportements d'autodestructeurs et enfin une comorbidité avec d'autres troubles psychiatriques.

## **3) La personnalité pathologique de type borderline :**

### **3.1) Historique du concept « borderline » ou « état limite » :**

Autant les définitions des névroses et des psychoses se sont révélées assez claires et tangibles, autant celles concernant les états limites ont connu

de longues controverses, à l'image des difficultés rencontrées pour en cerner des contours sémiologiques précis. Depuis la fin du xx siècle, les différents auteurs psychiatres mais surtout psychanalystes, ont tenté progressivement d'appréhender les états limites sinon comme une structure du moins comme une organisation spécifique et non pas comme une entité « batarde » entre névrose et psychose ou comme représentant une transition entre l'une et l'autre. Peu à peu s'est mise en place par la diversité clinique de leurs expressions, une compréhension de l'essentiel de la psychodynamique qui en constitue l'unité distincte de névrose et psychose.

Les appellations de « cas limite », « états limites » ou « borderline » correspondent aux mêmes entités morbides. Le terme « borderline » fut employé pour la première fois par V. W. Einsentein » en 1949, mais l'évidence de tableau cliniques ne correspondant ni à la lignée psychotique classique, ni à la lignée névrotique classique était apparue bien avant cette date aux psychiatres ; dès 1883 avec les « formes atténuées de schizophrénie » de Kraepelin et 1885 avec l'Héboïdophrénie de Kahlbaum. (Bergeret, 2012, p.189)

L'historique du concept situe ce dernier à la frontière des perspectives psychanalytiques et psychiatriques, bien que très différents, ces courants de pensée ont convergé face à l'observation de plus en plus fréquente de cas qui ne se laissent pas décrire en termes classiques ayant une véritable spécificité nosographique :

#### **A -Perspectives psychiatriques :**

L'état limite trouve ses racines dans la psychiatrie de la fin du xix et du début XX siècle, s'annonçant un concept résolument moderne. Il soulève deux questions d'actualités : tout d'abord celle de la confrontation entre les démarches nosologiques structurales franco-germaniques d'une part, et

sémiologiques descriptives anglo-saxonnes de l'autre, en suite celle de la conceptualisation des troubles du caractère et « des personnalités pathologiques » entre névrose et psychose.

Le terme *borderline* a été utilisé pour la première fois aux Etats-Unis pour désigner des cas de symptômes physiques survenant dans des affections psychiatriques, pourtant il est tombé dans l'oubli pour les psychiatres anglo-saxons, jusqu'à la période de la seconde « guerre mondiale ».

Kraepelin (1883), réserve une place dans sa classification générale pour les formes atténuées de la schizophrénie. Le terme *borderline* est l'usage relativement ancien, en (1884) Hugues, décrivait déjà un « état *borderline* » aux frontières de la folie.

Vers (1893), Magnon, a évoqué en France, les formes de maladie mentale particulière par leur évolution qui sont les « délires curables ».

Kretschmer (1921) a relié au biotype « leptosome » prédisposant à la schizophrénie, un caractère pathologique, la schizoïde, au sein duquel l'inhibition associée à l'impulsivité conduit à l'inadaptation sociale, sans que survienne de processus dissociatif. Vers la même époque, Minkowski (1924), a développé également en France, puis Claude décrit les « schizoses » et isolé notamment la « schizomanie », caractérisé par l'impulsivité, les bizarreries du comportement et la désadaptation au réel.

Henri Ey (1955), propose le concept de « schizonévrose » caractérisé par la coexistence de comportement névrotique avec des compensations psychotiques.

« La schizophrénie ambulatoire » de Zilloorg (1941), « la schizophrénie pseudo-névrotique » de Hoch et Polatin (1949), « les états mixtes et les états transitionnels schizophréniques » de Palem (1958) marquent également la

réticence de leurs auteurs à authentifier l'existence d'une troisième structure autonome ou de formes de transition entre psychose et névrose. (Chaine &Guelfi, 2016/2017, p.10).

L'entité nosographique borderline, s'est progressivement individualisée comme une entité distincte de la schizophrénie grâce aux contributions de nombreux auteurs :

En (1975) Kernberg, sa contribution a été fondamentale, dans sa classification hiérarchique allant de la normale vers les névroses et les psychoses. Le trouble borderline se positionne en situation intermédiaire. Pour kernberg, les principales caractéristiques psychopathologiques de ce trouble sont la carence d'organisation du moi, la préservation de l'épreuve de réalité et le recours à des mécanismes de défense peu structurés de type psychotique.

Grinker(1968), a développé une méthode originale pour appréhender le fonctionnement du patient borderline via une analyse factorielle, quatre facteurs caractéristiques du fonctionnement borderline ont été isolés: l'agressivité, le mode de relation anaclitique, le trouble de l'identité et une forme particulière d'expression de la dépression.

Au cours des 30 dernières années, les systèmes de classifications a-théorique CIM ET DSM, marquent indéniablement un nouveau départ pour la recherche sur la personnalité borderline en proposant aux chercheurs un langage commun.

Le DSM3, publié en (1980), a permis l'établissement de critères diagnostiques pour l'ensemble des troubles de la personnalité (dont le trouble borderline) et leur individualisation sur un axe différent de celui des autres troubles psychiatriques, l'axe 2. Le DSM3 -R n'a que peu modifié les critères du DSM3 concernant le trouble borderline. En revanche, les critères du DSM

4 ont été remaniés pour permettre une diminution de la comorbidité avec certains troubles de l'axe 1 et avec les autres troubles de la personnalité. Dans le DSM4-R, cinq critères parmi une liste de neuf doivent être présents pour porter le diagnostic de trouble borderline.(Pham-scottez, 2012, p.394).

Pour le DSM5 et la CIM 10 ce trouble s'exprime par des symptômes (comportements) : Humeurs changeantes, des relations humaines délicates, un manque de confiance en soi-même et aussi des comportements auto-agressifs.

### **B- Perspectives psychanalytiques :**

Le trouble d'état limite puise ses origines de la clinique psychanalytique, si Freud n'évoque jamais le terme de limite il en a cependant l'intuition au travers de la notion de narcissisme qu'il introduit en 1914. Toutes les élaborations théoriques sur les états limites s'appuieront sur la conceptualisation freudienne du narcissisme et des aléas de sa constitution.

#### **B-1 Apport de la psychanalyse Anglo-saxonne :**

C'est **Stern qui, en (1938)**, met en exergue le terme de borderline en évoquant des patients ni névrosés, ni psychotiques, qui expriment un sentiment angoissant d'insécurité affective, relevant d'une faible estime de soi et manifestant une rigidité défensive. Quelques années plus tard, en (1942),Deutsch rendait compte des personnalités as-if comme des sujets semblant adaptés à leur environnement mais dont l'absence de réactions affectives profondes et l'impression d'inauthenticité qui s'en dégagent révèlent une perte de l'investissement d'objet. Ce courant d'idées a ultérieurement été poursuivi avec Winnicot et le concept de « faux-self ». (AZOULAY, 2008, pp.231-232)

PourWinnicott (1960), tout individu développe un faux self, celui que l'éducation nous oblige à acquérir pour entretenir des relations civilisées avec

les autres (l'hypocrisie ordinaire). Dans ce cas, le faux self possède une fonction de protection pour permettre au vrai self de se manifester librement dans certaines circonstances. Le vrai self abrite ce qui est vivant chez le sujet, son potentiel de vie psychique créative, relié à la subjectivité, à la spontanéité, ce qui nous donne le sentiment chez l'autre de l'authenticité. En revanche, l'organisation pathologique du faux self est celle où un processus de scission, de clivage dissocie le vrai self du faux et ne donne plus accès au vrai self, qui est privé de moyens d'expression et de satisfaction. La dissociation porte sur la séparation du soma et de la psyché, ce qui est le cas dans les organisations psychosomatiques. Dans ce cas, le faux self, coupé de ses expériences corporelles, vient alors investir et habiter la psyché, ce qui a pour conséquence de donner au patient l'impression de ne pas exister réellement. (AZOULAY, 2008, pp.231-232)

## **B.2 ) Apport de la psychanalyse française :**

Bergeret(1975) a développé une théorisation de l'état limite ; considéré comme « troisième lignée psychopathologique » ; intermédiaire entre psychose et névrosé, a partir de cette vision générale de l'état limite, comme mode d'organisation anaclitique de la personnalité. Il a également décrit certaines formes cliniques évolutives plus au moins proches des névroses ou des psychoses, des formes aménagées de type caractériel ou pervers, et des formes de sénescence. Les propositions théoriques de Bergeret sur les états limites ont dominé la psychanalyse française jusqu'à maintenant. (Apham-scottez, 2012, p.394)

Dans la même époque, Green ( 1990) a développé une réflexion originale sur les cas limites, qu'il considère comme « les états limites de l'analysabilité » en raison des difficultés à penser pour ceux qui sont atteints, découlant de la défaillance de leurs capacités de représentation et

desymbolisation, chez ces sujet, la pensée est comme vide de représentation, vide fantasme et de créativité. Green précise toute fois que les créations de ces sujets existent bel et bien mais ne possède pas de valeurs fonctionnelles pour leur appareil psychique. (Marty, 2008, p. 236)

Pour Wildlocher , l'état limite serait une organisation recouvrant au delà de l'hétérogénéité de sémiologie au système d'attitudes et d'opérations de pensée relativement stables et cohérentes , avec le rôle important des mécanismes de projection dans la gestion par le patient de ses relations interpersonnelles et dans ses passages à l'acte.(Apham-scottez, 2012, pp. 394-395)

De nos jours, nous ne considérons plus que la pathologie borderline soit une frontière de quoi que ce soit, au contraire, nous sommes convaincus qu'il s'agit d'une entité distincte avec sa propre définition et ses droits.

### **3.2) Définitions du TPB :**

Les termes limite, état limite, borderline coexistent fréquemment dans la clinique psychothérapeutique, ils sont devenus interchangeable et sont utilisés indifféremment, limite désigne soit la traduction française borderline, selon un concept comportemental, soit un type d'organisation de la personnalité selon la clinique psychanalytique.

Selon les classifications actuelles définissent le trouble de personnalité borderline comme suit :

Dans la CIM10, le trouble de personnalité émotionnellement labile est : « un trouble de personnalité caractérisé par une tendance nette à agir de façon impulsive et sans considération pour les conséquences possibles, une humeur imprévisible et capricieuse. Ce trouble est caractérisé par une tendance aux explosions émotionnelles et une difficulté à contrôler les

comportements impulsifs. Une tendance à adopter un comportement querelleur et à entrer en conflit avec les autres. Particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contrariés ou empêchés, est aussi observée ». Deux types peuvent être distingués :

- Le type impulsif, caractérisé principalement par une instabilité émotionnellement et un manque de contrôle des impulsions.

- Le type borderline, caractérisé en outre par des perturbations de l'image de soi, de l'établissement de projets et des préférences personnelles, par un sentiment chronique de vide intérieur, par des relations interpersonnelles intenses et instables et par une tendance à adopter un comportement autodestructeur. Comprenant des tentatives de suicide et des gestes suicidaires. (CIM10, 2012, p.259)

Dans le modèle alternatif du DSM5 les caractéristiques typiques d'une personnalité borderline sont : « L'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles, et des affects accompagnés d'impulsivité de prise de risque ou d'hostilité. Les difficultés caractéristiques sont apparentes au niveau de l'identité, de l'autodétermination, de l'empathie ou de l'intimité, comme cela est décrit ci-après, avec des traits mal adaptés spécifiques dans le domaine de l'affectivité négative, de l'antagonisme ou de la désinhibition ». (DSM5, 2015, p.901)

De plus, cette personnalité est caractérisée par l'instabilité de l'humeur, des relations interpersonnelles et de l'image de soi. Ces sujets sont anxieux, dépressifs, impulsifs, dépendants, ils recourent facilement au passage à l'acte quand ils se sentent délaissés. (Quentin., Bernard., Franck, 2010, p.222)

Par ailleurs, d'un point de vue psychologique et psychanalytique : « Cas limite, sujets qui se situent dans une zone frontière aux confins de deux classes ou deux états psychologiques. En pathologie mentale on parle « d'état limite »

lorsque les symptômes observés sont intermédiaires entre les névroses et la psychose ». (Sillamy, 2003, p.50)

Ainsi, selon Laplanche & Pontalis (1967), le terme « état limite » désigne : « des affections psychopathologiques intermédiaires entre névrose et psychose, notamment des schizophrénies latentes présentant une symptomatologie d'allure névrotique ». (Laplanche & Pontalis, 1967, pp. 59-60)

Selon ces différentes définitions, nous retenons que le terme « borderline », ou « cas limites » est d'abord vu dans son acception psychanalytique où le terme désigne un type d'organisation de personnalité spécifique située entre la « structure névrotique » et « structure psychotique ». Pour le DSM5 et la CIM10 le TPB s'exprime par des symptômes (comportements) : humeurs changeantes, des relations humaines délicates, un manque de confiance en soi-même et aussi des comportements auto-agressifs, des actes suicidaires, l'abus, et labilité émotionnelle

### **3.3) Les critères diagnostiques de la personnalité émotionnellement labile retenue dans la CIM10 :**

Pour le type impulsif, présence d'au moins trois des caractéristiques suivantes dont l'obligatoirement la deuxième :

- a. Tendance marquée à agir de façon imprévisible et sans considération pour les conséquences.
- b. Tendance marquée au comportement querelleur, à entrer en conflit avec les autres, particulièrement lorsque les actes impulsifs sont contraires ou critiques.
- c. Tendance aux éclats de colère ou de violence, avec incapacité à contrôler les comportements impulsifs qui en résultent.

- d. Difficulté à poursuivre une action qui ne conduit pas à une récompense immédiate.
- e. Humeur instable et capricieuse.

Pour le type borderline, présence d'au moins trois des cinq caractéristiques du type impulsif, avec de plus, au moins deux des caractéristiques suivantes :

- a. Perturbations et incertitudes concernant sa propre image, ses buts et ses choix personnels (y compris sexuels).
- b. Tendance à s'engager dans des relations intenses et instables amenant souvent à des crises émotionnelles.
- c. Efforts démesurés pour éviter d'être abandonné.
- d. Menacer ou tentatives récurrents de gestes auto-agressifs.
- e. Sentiments permanents de vie. (CIM10, 2012, pp.116-117)

### **3.4) Les critères diagnostiques de trouble de personnalité borderline selon le DSM5 :**

- A. Altération d'intensité au minimum moyenne du fonctionnement de la personnalité comme en témoignent des difficultés caractéristiques dans au moins deux des quatre domaines suivants :
  - 1. Identité : image de soi appauvrie de façon marquée, peu développée ou instable souvent associée à une autocritique excessive, à des sentiments chroniques de vide et à des états dissociatifs sous l'influence du stress.
  - 2. Auto-détermination : instabilité des objectifs, des aspirations des valeurs ou des plans de carrière.
  - 3. Empathie : incapacité de reconnaître les sentiments et les besoins d'autrui associée à une hypersensibilité personnelle (c'est-à-dire prêt à se sentir

blessé ou insulté), perception d'autrui sélectivement biaisée vers des caractéristiques négatives et des fragilités ou « points faibles ».

4. Intimité : relations proches intenses, instables et conflictuelles, avec manque de confiance, besoins affectifs excessifs et préoccupations anxieuses concernant un abandon réel ou imagine, relations proches souvent extrêmes, soit idéalisées, soit dévalorisées, alternant entre implication excessive et retrait.
- B. Au moins quatre des sept traits pathologiques de personnalité suivants ; au moins l'un d'entre eux devant être :
1. Labilité émotionnelle (un aspect de l'affectivité négative) : expériences émotionnelles stables ou changements d'humeur fréquents, émotions facilement réveillées, intenses et/ou hors de proportion avec les événements et les circonstances.
  2. Tendance anxieuse (un aspect de l'affectivité négative) : sentiment intense de nervosité, tension ou panique, souvent en réaction à des stress interpersonnels, préoccupations par les effets négatifs d'expériences passées et d'éventualité futures négatives ; se sent craintifs, inquiet, menacé par l'incertitude ; peur de s'effondrer ou de perdre le contrôle.
  3. Insécurité liée à la séparation (un aspect de l'affectivité négative) : peur d'être rejeté par des gens qui comptent ou d'être séparé d'eux, associée à des peurs d'une dépendance excessive et d'une perte complète d'autonomie.
  4. Dépressivité (un aspect de l'affectivité négative) : sentiments fréquents d'être au plus bas, misérable, sans espoir, difficultés à se remettre de tels états d'âme, pessimisme à propos du futur, sentiments envahissants de honte, sentiments d'infériorité, d'idées de suicide et conduite suicidaire.

5. Impulsivité (un aspect de la désinhibition) : agit sur un coup de tête en réponse à des stimuli immédiats, dans l'instant, sans plan ou considération pour les conséquences, difficulté à élaborer ou à suivre des plans, vécu d'urgence et comportement d'auto-agression dans les situations de détresse émotionnelle.
6. Prise de risque (un aspect de la désinhibition) : engagement dans des activités dangereuses, risquées, potentiellement auto-dommageable et superflues, sans penser aux conséquences ; ne se soucie pas de ses propres limitations et dénie la réalité d'un danger personnel.
7. Hostilité (un aspect de l'antagonisme) : sentiments de colère persistants ou fréquents, colères où irritabilité en réponse à des insultes et des affronts mineurs. (DSM5, 2015, pp.901-902)

### **3.5) L'étiopathogénie du TPB :**

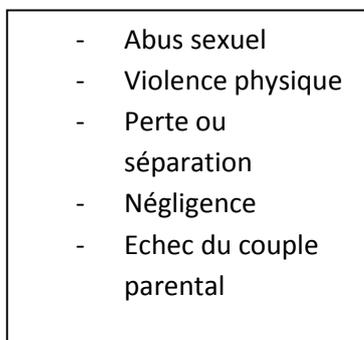
L'étiologie du TPB est complexe et comprend des facteurs psychosociaux mais aussi des facteurs génétiques et biologiques. L'environnement reste un agent causal majeur dans la compréhension du TPB, et ceci a été démontré dans une multitude d'études épidémiologiques de ces dernières années, retrouvant des antécédents de traumatismes infantile : Abus sexuel, violence physique, perte ou séparation précoce, et/ou d'abandon émotionnel. De ces épisodes de vies négatifs associés à leur incapacité réflexive résulteraient des troubles de l'attachement ne permettant pas la formation d'une vision cohérente de soi et des autres. Concernant les facteurs génétiques et biologiques, il a été remarqué une augmentation de la prévalence des troubles et symptômes borderline chez les familles au premier degré atteints de TPB. (Farhi, 2017)

D'autres études insistent sur le rôle du néocortex dans la dysrégulation des affects et des impulsions, ou sur la diminution d'activité du système sérotoninergique intracérébral. Pour M.Linehan, des interactions entre facteurs développementaux invalidants et dysrégulation émotionnelle sont susceptible d'aboutir à un trouble borderline. Le modèle étiopathogénique biopsychosocial, proposé par M.Stone, souligne le rôle d'une prédisposition constitutionnelle ayant pour origine un dysfonctionnement limbique ; et entraînant des réponses comportementales non modulées. (Pham-scottez, 2012)

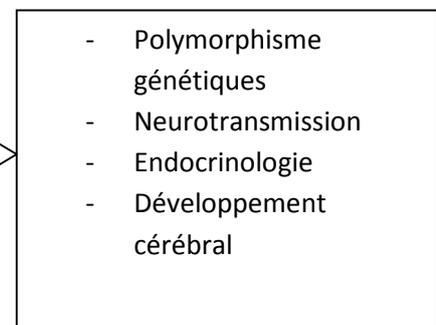
D'après ces études éprouvés ; nous pouvons dire que les facteurs psychosociaux et biologiques ou génétiques loin d'être indépendants ; semblent interagir entre eux dans la genèse du trouble borderline.

### Figure 1 : Etiopathogenie du TPB

Facteurs psychosociaux  
génétiques



Facteurs biologiques et  
génétiques



TROUBLE DE LA PERSONNALITE BORDERLINE

(Débrabéche., Lebas., Triffaux, 2007)

### **3.6) Description clinique du TPB :**

Malgré le polymorphisme clinique de ces patients, il est possible de dégager certaines manifestations psychopathologiques non spécifiques certes mais dont la sémiologie propre et surtout le groupement ou l'alternance doivent évoquer le diagnostic :

#### **A- L'angoisse :**

Est classiquement décrite comme permanente, flottante, diffuse, envahissante et incontrôlable. Cette angoisse non psychotique, ni à proprement parler névrotique, est une angoisse de perte d'éloignement d'objet (anaclitisme) associée à une crainte pour l'intégrité du moi et la cohérence interne, un sentiment d'abandon et une crainte d'effondrement qui s'expriment par un « mal de vivre chronique » et/ou de grandes crises aiguës avec leur cortège de manifestations somatiques. Ce qui semble discriminant tient à l'échec de ces patients à lier efficacement cette angoisse archaïque, agonique primitive à des opérations mentales ou à des conduites pathologiques de façon préserver d'autres secteurs de sa vie psychique. L'angoisse est térébrante, délabrante donc désubjectivisante. Elle témoigne de la reviviscence d'expériences agoniques primitives, plus au moins traumatiques. (Ludovic, 2017)

#### **B- La dépression :**

Elle est immédiatement corrélative de l'angoisse. Il s'agit d'une dépressivité essentielle, marque en creux d'une béance fondamentale, celle de l'absence d'un objet suffisamment stable et constant (syndrome d'abandon). Les objets successifs de l'état limite n'ont qu'une fonction d'étayage provisoire dans une relation anaclitique où ils se trouvent régulièrement accusés d'insuffisance, de précarité où de suspicion. C'est sur se fond d'ennui, de vide, de sentiment de solitude, de dépressivité chronique

qu'éclatent des crises dépressives, bruyantes et alarmantes, ponctuée de reproches et d'accusations, marquées par des actes de rage contre les objets ou les personnes, des tentatives de suicide s'enchaînant parfois les unes aux autres en véritable état de crise suicidaire, des automutilations, des ivresses pathologiques, des comportements délictueux, inquiétant légitimement l'entourage. La cooccurrence des troubles de l'humeur et des états limites est partout signalée : les états dépressifs peuvent y être de tous types. Dans toutes ces configurations cliniques manquent le ralentissement psychomoteur, les idées de culpabilité, alors que dominant l'irritabilité, le sentiment d'impuissance et de colère, d'humiliation et de honte parfois. (Lemperiere., Feline., Ades et al, 2006)

### **C- Symptômes d'apparence névrotiques :**

Une grande variété de manifestations d'allure névrotique, qui va des symptômes d'allure phobique à ceux hypochondriaques, sans omettre les symptômes de conversion hystérique ni les idées obsédantes et les rituels.

Plus précisément, la gamme des symptômes d'allure phobique, souvent multiples, comprend des agoraphobies, des claustrophobies, sans omettre les phobies d'impulsion particulièrement anxiogène qui impliquent une certaine dépendance à l'égard des objets de réassurance et qui peuvent conduire à des tableaux de panphobies particulièrement invalidantes. Mentionnons en outre les symptômes corporels (nosophobie, phobie de la saleté..) à tonalité potentiellement hypochondriaque ou touchant à l'image de soi (érotophobie phobie du regard, de parler en public...), ainsi qu'une tonalité persécutive dans la perception du regard porté par les autres sur soi. A propos des épisodes de conversion hystérique, au demeurant atypiques, leur caractéristiques associent une absence d'érotisation au profit d'une dimension d'agressivité et de manipulation. (Ludovic, 2017)

**D- Les troubles du comportement de type impulsif :**

Ces troubles du comportement sont schématiquement de deux ordres, à savoir les passages à l'acte et les conduites de dépendances, et ils affectent notablement l'ensemble des modalités relationnelles.

**•Le passage à l'acte :**

Les passages à l'acte ont un double tropisme, auto et hétéro-agressif, les gestes auto-agressifs, uniques ou multiples, isolés ou combinés, vont des automutilations aux tentatives de suicide sans omettre les épisodes d'ivresse aiguës, les accès boulimiques ou toutes autres conduites à risque, pour ne citer que ces quelques illustrations. Les actes hétéro-agressifs renvoient à des épisodes de colère, à des actes de violence ou bien à des vols, sans que cette énumération ne soit exhaustive tant la variété des actes peut être étendue. Kernberg souligne en outre la dimension pérennisante d'une ligne de force du fonctionnement de ces sujets, à savoir le clivage, ce dernier empêchant l'élaboration psychique des actes et entre tenant les répétitions. (Duverger, 2017, p.203)

**•Conduites de dépendance :**

Les conduites de dépendance véritables « prothèses externes » au sens d'un palliatif narcissique pour citer le nouveau Kernberg, vont de l'usage de toxique, d'alcool, aux troubles des conduites alimentaires et comprennent également d'autres addictions comportementales, telles que le jeu pathologique ou bien encore les achats compulsifs. Sur le versant de la sexualité, à l'image de l'ensemble du tableau symptomatique le polymorphisme des pratiques impulsive incluant notamment des scénarios centrés sur la miction ou la défécation, combine à la multiplicité des partenaires surfont de pratiques globalement à risque, esquissent les contours

d'un agir sexuel chaotique chez ces sujets dont les conséquences peuvent s'avérer redoutables. (Duverger, 2017, p. 203)

• **Modalités relationnelles :**

Les modalités relationnelles sont marquées, tant sur le plan socioprofessionnel et affectif que thérapeutique, du sceau de l'anaclitisme. Cela induit, sur fond d'angoisse d'abandon récurrent et d'appétence affective à la fois massive et intrinsèquement inassouvie, une distance relationnelle instable où deux extrêmes, la fusion et le rejet, se répondent en écho, tout en s'accordant néanmoins à ruiner les bases d'une relation affective stable, quand bien même paradoxalement certains investissements, souvent d'ordre professionnels, semblent pouvoir être épargnée. (Ludovic, 2017)

• **Les symptômes d'allure psychotique :**

Des épisodes d'allure psychotique sont également susceptibles d'émailler l'évolution des états limites, il s'agit de bouffées délirantes, psychoses réactionnelles brèves, de crises interprétatives aiguës à thèmes de persécution. La note confusionnelle avec sentiment d'irréalité, l'angoisse majeure y occupent une place importante. Le plus souvent une imprégnation toxique (alcool, agents psychodysléptiques), un stress psychologique plus ou moins intense sont retrouvés comme initiateurs de troubles. Ces épisodes psychotiques sont transitoires, rapidement résolutifs, témoignent de la vulnérabilité de sujets fragiles et défaillants dans l'appréhension des épreuves de la réalité. (Limperiere., Feline., Ades et al, 2006)

En résumé, nous pouvons dire que TPB apparait comme mal identifié et polymorphe, associant des symptômes anxieux, des symptômes d'allure névrotique, des troubles thymiques atypiques, une impulsivité, des relations interpersonnelles instables, le tout ponctué d'épisodes psychiatriques aigues tels les automutilations, les crises d'angoisse aigue, les tentatives de suicide,

les épisodes psychotiques transitoires. La présentation clinique évolue sur la vie entière.

### **3.7) Les formes cliniques du TPB :**

Selon les résultats d'une analyse multifactorielle, des données comportementales, ont décrit 4 groupes distincts d'états limites «Grinker et al » :

A- Type psychotique : caractérisée par une inadaptation comportementale, perception défectueuse de la réalité, colère et dépression.

B-Type proprement dit : ce type de personnalité présente des troubles anxieux, des moments dépressifs caractéristiques, des facilités de passage à l'acte et des conduites antisociales. L'impulsivité se manifeste dans tous les domaines : dépense toxicomanie, vol, comportement alimentaire et affectif, comportements suicidaires. Les colères sont intenses et inappropriées, liées aux séparations et aux frustrations. Il existe un sentiment permanent de vide ou d'ennui, des fluctuations de l'humeur et des perturbations marquées de l'identité : image de soi, orientation sexuelle, choix de carrière et choix des valeurs et des amis. (Chaine &Guelfi, 2017)

C- Type de personnalité « as-if » :« personnalité as-if » de Deutsch (distorsions des relations d'objets internalisés de ces sujets caractérisé par un manque d'authenticité dans leur relation à autrui mais qui donnent superficiellement l'illusion de la normalité). C'est dans la relation d'elle qu'apparaît nettement son narcissisme mal établi ; son besoin de comprendre, de respect, d'affection et de soutien. Ils manifestent peu d'affects. Les défenses du Moi prédominant sont replis et intellectualisation.

D- Type névrotique :Anxiété et dépression anaclitique. (Chaine &Guelfi, 2017)

### 3.8) Les approches psychopathologiques :

Notre postulat de base est que le traitement de la personnalité borderline doit obligatoirement passer par un traitement intégratif. Par conséquent, on va tenter de définir les différentes approches de psychologie qui se sont intéressées au trouble borderline et qui ont proposé des théories et des techniques, avec leurs similitudes et leurs différences.

#### 8.1) Approche psychanalytique :

Dans une perspective psychanalytique, le noyau central de la pathologie limite est situé autour de l'angoisse de perte de l'amour de l'objet, à l'origine d'une constante « dépressive » selon Bergeret.

Pour Bergeret, l'état limite demeure dans une situation seulement « aménagée » mais non structurellement fixée c'est-à-dire d'en

décrire la genèse en référence à la notion de traumatisme. Selon lui, le patient limite a subi, un enfant un traumatisme réel dont les effets ont été désorganisant. Pour lui la carence de l'imaginaire, laissant les rapports du symbolique et du réel sans médiation, fait place aux mécanismes de forclusion, aux défenses maniaques, à l'identification projective. (Braconnier., Combosse., Deschamps et al, 2006)

**Tableau (2) : comparaison psychodynamique entre les lignées structurelles chez Bergeret (1998)**

	Symptôme	Angoisse	Relation d'objet	Défenses principales
Psychose	Dépersonnalisation délire	De morcellement	Fusionnelle	Déni Dédoublment du Moi
Etat limite	Dépression	De perte d'objet	Anaclitique	Dédoublment des imagos Forclusion
Névrose	Signe obsessionnels hystériques	De castaration	Génitale	Refoulement

(Brgeret., Becache., Boulanger, 2012, p.205)

En résumé, l'état limite se situe avant tout comme une maladie du narcissisme. Le sujet ayant dépassé le danger de morcellement, le Moi n'a pas eu accéder cependant à une relation d'objet génitale, c'est-à-dire au niveau des conflits névrotiques entre le ça et le surmoi. La relation d'objet est demeurée centrée sur une dépendance anaclitique à l'autre. Le danger immédiat contre lequel se défend l'état limite, c'est essentiellement la dépression. L'angoisse de l'état limite, c'est une angoisse de perte d'objet et de dépressivité qui concerne à la fois un vécu passé malheureux sur le plan plus narcissique qu'érotique, et en même temps, reste centrée sur un avenir meilleur, teinté d'espérance et de sauvetage, et investie dans la relation de dépendance vis-à-vis de l'autre. (Braconnier., Corbobesse., Deschamps et al, 2006)

D'autre part, pour Kernberg retient pour définir l'état limite trois notions essentielles : La faiblesse non spécifique du Moi, l'incidence des processus primaires de pensée, l'existence de mécanismes de défense primitifs et spécifiques : clivage, idéalisation primitive, formes précoces de projection, identification projective, déni et omnipotence. L'analyse structurelle le conduit à fonder la spécificité des états limites sur la pathologie des relations d'objet intériorisées. Les états limites sont expliqués par la fixation à la problématique de la séparation/ individuation, donc de la différenciation du self et de l'objet. Pour cet auteur, le principe de décompensation par régression transférentielle est lié à l'identification projective comme forme primitive de projection destinée à externaliser les images de soi et les images d'objets agressives. (Braconnier., Corbobesse., Deschamps et al, 2006)

Enfin, pour Kernberg la personnalité limite renvoie à une organisation de personnalité pathologique, stable et spécifique, l'organisation de leur personnalité n'est pas un état transitoire et fluctuant entre la névrose et la psychose.

- **Les mécanismes de défense des sujets borderline**

Les mécanismes de défense chez le sujet limite sont qualifiés de bas niveau car ils sont primitifs et représentent des manifestations spécifiques de la faiblesse du Moi (Gicquel et al, 2011). Ils sont organisés autour du clivage. Les manifestations de celle-ci sont de trois ordres selon Kenberg : le manque de tolérance à l'angoisse, le manque de contrôle pulsionnel et le manque de développement des voies de sublimation.

On peut distinguer cinq types de mécanisme de défense présents dans le fonctionnement de l'état limite :

- a. Le clivage :**

Le clivage est donc le mécanisme de défense princeps chez le sujet borderline. Kenberg décrit deux types de clivage : Le clivage horizontal et le clivage vertical

Le clivage horizontal se traduit classiquement par une perception dichotomique du monde avec « la division des objets externes en certains totalement bons et d'autres totalement mauvais » ( Kenberg , 1979). La conséquence se traduit par le passage brutal de sentiments et idées totalement opposés à l'égard d'autrui (amour versus haine) et une vision manichéenne du monde.

Le clivage vertical, est un clivage du Moi c'est-à-dire qu'une partie de la psyché est tenue rigoureusement écartée d'une autre. Il peut y avoir une oscillation entre des concepts de soi contradictoires (le Moi alternera entre nullité et perfection) du fait de l'idéalisation primitive de soi et la dévalorisation. L'entre-deux n'est pas possible. La confrontation de ces deux parties peut entraîner une angoisse massive et désorganisée. Le mécanisme du clivage vise par conséquent à préserver le sujet limite de la confrontation à

son ambivalence affective et sa douleur dépressive. Cependant il se traduit par un estompage des capacités de discernement et par l'inefficacité relative des conduites symptomatiques. (Auffret, 2015, p.50)

**b. Le déni :**

Le déni est directement associé au clivage. Le sujet ayant une organisation limite utilise les manifestations primitives du déni. Il s'agit de maintenir hors de la conscience une représentation ou un affect incompatible avec l'état d'esprit dans lequel se trouve le sujet à ce moment-là. Par exemple, toute idée ou événement de vie venant contredire le choix d'humeur du sujet sera expulsé du champ de la conscience. Le déni se manifeste cliniquement par la connaissance purement intellectuelle d'expériences déjà vécu, ne pouvant modifier ni les affects, ni les actes du sujet. La mise en acte qui est une forme particulière de déni, est une opération mentale pouvant directement déboucher sur des conduites symptomatiques. Elle sert au patient borderline à se protéger en rejetant à l'extérieur de lui-même, avant toute mentalisation, la souffrance liée aux aléas de la relation d'objet. (Auffret, 2015, p.50)

**c. L'idéalisation primitive :**

Il s'agit d'un mécanisme complémentaire du clivage. Il consiste à se donner des objets idolâtrés ayant pour fonction de protéger le Moi contre toute forme de mauvais objet du monde extérieur. Kernberg qualifie l'idéalisation de primitive car on ne trouve pas la culpabilité comme dans les idéalisation secondaires retrouvées dans les mouvements dépressifs et l'objet idéalisé est souvent de dépourvu de qualité objectales intrinsèques. Il n'existe que pour sa fonction protectrice et peut être interchangé au profit d'un autre s'il faillit aux yeux du sujet afin d'éviter la contamination de ces instances irréelles par le mauvais, le Moi du patient doit renforcer des processus de plus en plus couteux d'idéalisation et de clivage. Leur inefficacité déclenche

unerage destructrice et un rejet avec déni de l'idéalisation antérieur. (Auffret, 2015, p.51)

**d. L'identification projective :**

Il s'agit d'un processus intrapsychique. Ce sont des aspects de la représentation de soi qui sont transférés à une représentation de l'objet en s'y identifiant. Cette opération permet d'expulser les « mauvaises » parties de soi mais aussi de contrôler et posséder l'objet car ces mauvaises images sont protégées sur autrui : « il est comme moi, on est pareil » les limites entre soi et l'objet sont floues. Il en découlerait le syndrome d'identité diffuse. Dans le cas des états limites, il existe une fonction de délégation qui met en relief l'aspect identificatoire : le sujet peut ainsi vivre ses désirs par procuration. (Auffret, 2015)

**e. L'omnipotence et la dévalorisation :**

Le sujet s'identifie à un objet « totalement bon » idéalisé. Il attend d'être protégé par cet objet et se soumet à lui. Il s'agit « d'établir une relation de quête et de dépendance à un objet magique idéalisé » (Kernberg ; 1979). Cependant, la personne idéalisée est traitée de manière possessive. On perçoit que le sujet a besoin de contrôler l'objet idéalisé (omnipotence) et de manipuler l'entourage pour « détruire les ennemis potentiel ». la dévalorisation est le corollaire de l'omnipotence : si l'objet externe n'est plus adulé ou source de protection, il est alors rejeté d'autant plus vite qu'il n'existe pas de véritable attachement. (Auffre, 2015, p.50)

Enfin, le patient limite recourt très facilement aux mécanismes de défense : on le définit comme un ensemble d'opération de pensées permettant au Moi de maintenir les tensions internes à un niveau acceptable. Elle a pour fonction d'éviter la souffrance. Elle représente un des obstacles importants à l'abord thérapeutique du sujet limite.

## 8.2) Approche de l'attachement :

Les difficultés interpersonnelles qui sont au cœur du TPB, empêchent le sujet borderline d'établir des relations stables et sécurisantes. Le développement de cette compétence se fait très précocement dans l'enfance.

Selon la théorie de l'attachement de Bowlby (1969), l'enfant va développer une stratégie relationnelle primaire, en vue d'obtenir l'attention de la figure de l'attachement aide l'enfant à acquérir un contrôle sur les états internes, à surmonter l'anxiété générée face à une situation de stress et le rendre autonome dans la gestion des affects. Ainsi un attachement « Secure », c'est la recherche de réconfort et de soutien avec la figure d'attachement. Face à une situation étrange (la situation qui sépare l'enfant de sa mère), lorsque la figure d'attachement n'a pu répondre aux besoins de l'enfant pour lui permettre d'établir une base « Secure », l'enfant va mettre en jeu les stratégies d'attachement secondaires ; ces stratégies correspondent à un attachement « insecure » avec deux types : « insecure évitant, l'enfant se maintient à distance » ; « insecure ambivalent, l'enfant présente un agrippement angoissé et une agressivité relationnelle ». Tandis que l'enfant ayant un attachement « secure », ne va pas modifier son comportement du fait de l'efficacité du comportement inné. (Tolfo, 2015)

Ces réponses sont internalisées, nommées « modèles internes opérant », selon Bowlby et se construisent au fil des interactions. Ces modèles dépendraient de deux concepts :

- Le concept de soi : savoir si l'enfant se considère ou non comme une personne méritant l'attention, la protection et le réconfort de son parent.

- Le concept d'autrui : savoir si l'enfant représente la figure d'attachement, comme capable et prête à offrir la protection, l'attention et l'affection nécessaire.

Des dysfonctionnements concernant ces deux concepts se retrouvent dans les symptômes du TPB. (Tolfo, 2015)

En résumé, un attachement de mauvaise qualité affectera l'image de soi, les relations interpersonnelles et la gestion des émotions, autant de critères retrouvés dans le TPB pouvant être des facteurs de vulnérabilité à développer un TPB à l'âge adulte.

- **Dimension d'attachement désorganisé : style de personnalité borderline :**

Les individus avec un style de personnalité borderline font preuve d'une structure de personnalité dynamique, instable, unique. Cette structure a tendance à se déplacer parmi les différentes dimensions d'attachement insécurisé et à créer un profil désorganisé. Le borderline bascule d'une opinion négative de soi et des autres à une opinion positive, avec peu de fidélité à une dimension d'attachement particulier, ainsi ils se montrent impulsif, labiles, irrités, vides, excessivement émotionnels et impuissant. Leur opinion d'eux-mêmes est très changeante et ils sont réactifs à l'environnement. (Firouzeh, 2012)

Une absence de sécurité et l'ensemble des événements négatifs et traumatisant vont faire développer chez les personnalités borderline une incapacité à définir leurs opinions positives ou négatives concernant elle-même ou les autres. Les principales croyances assimilatives de ces sujets sont : « les gens sont formidables ; non ils ne le sont pas », ou bien : « je suis bien ; non je ne suis pas bien ». (Firouzeh, 2012)

**Tableau (3) : Dimension d'attachement désorganisé : style de personnalité borderline**

Dimension d'attachement	Style de personnalité	Modèle de soi	Modèle de l'autre	Croyances assimilatives
Attachement désorganisé	Borderline	Positif et négatif	Positif et négatif	Si les choses ne vont pas bien, je ne peux pas les tolérer. Les autres sont formidables non, ils ne le sont pas.

(Lyddon & Sherry, 2001)

Enfin, selon cette approche, plus le comportement et l'engagement des parents sont stables et prévisibles, plus l'attachement de l'enfant, et plus tard de l'adulte sera sain, et inversement, plus le comportement et l'engagement des parents sont instables et imprévisibles, plus l'attachement de l'individu sera angoissé et insécurisé. Pour une part, un attachement « insecure », et désorganisé est retrouvé chez les sujets ayant un trouble de personnalité borderline, présente d'importantes lacunes dans sa capacité à entrer en contact ou en relation avec ses proches.

### **8.3) Approche cognitivo-comportementale (Tcc) :**

Dans une perspective cognitive et comportementale, la personnalité borderline est essentiellement envisagée autour du modèle biosocial de Linehan. Celui-ci postule, selon un point de vue neuro-développemental, que TPB est due à une dysrégulation émotionnelle et émerge dans l'interaction entre une vulnérabilité biologique, et des facteurs environnementaux. La dysrégulation émotionnelle accrue, une incapacité à réguler les réponses émotionnelles intenses, ainsi qu'une lenteur relative du retour à un état émotionnel basal. Cette dysrégulation conduit à des schémas cognitifs et comportementaux dysfonctionnels lors d'événements émotionnellement significatifs. (Guelif., Cailhol., Robin et al, 2011)

De plus, le développement de la personnalité borderline, selon ce modèle, suppose l'existence d'un contexte développemental invalidant, dans lequel l'expression du vécu émotionnel de l'enfant n'est pas tolérée et dans lequel il ne lui est donc pas appris comment comprendre, nommer, réguler, et tolérer ses états internes. Des dimensions cognitives sont actuellement étudiées, en références aux schémas cognitifs décrit par Beck et Freeman. Ainsi sont élaborés la pensée « dichotomique » issue du clivage, et les schémas de cognitions dysfonctionnelles, dans lesquelles le sujet borderline se perçoit lui-même comme impuissant et vulnérable, et envisage le monde autour de lui comme dangereux et malveillant. (Guelfi., Cailhol., Robin et al, 2011)

#### **8.4) Approche neurobiologique :**

Chez le patient borderline, un déficit du circuit fronto- limbique a été mis en évidence ainsi qu'une sur-activation amygdalienne lors de l'exposition à des stimuli émotionnels suggérant alors une activité limbique excessive, insuffisamment contre balancée par une régulation préfrontale elle-même dysfonctionnelle. (Farhi, 2017, p.20)

#### **8.5) Approche biosocial du TPB :**

Cette approche souligne l'importance de l'interaction réciproque entre les facteurs biologiques et l'apprentissage social, dans l'étiologie du TPB. Dans cette perspective, le centre du problème concernant le TPB est le dérèglement émotionnel selon Linehan, celui-ci résulterait d'une prédisposition biologique, d'un contexte environnemental invalidant et de l'interaction entre ces deux sphères au cours du développement. Comme il est possible de le constater, le fait d'évoluer dans un environnement invalidant peut s'avérer très dommageable pour l'enfant. Linehan précise que cela est d'autant plus vrai pour celui qui présente déjà une vulnérabilité au plan

émotif. Selon elle, cela constitue la « combinaison idéal » pour le développement et l'apprentissage des comportements problématiques qui caractérisent le TPB plutôt qu'un autre TP. (Linehan, 2000)

### **3.9) L'évolution du TPB :**

L'évolution de la personnalité borderline est extrêmement variable. Le mode le plus fréquent est celui d'une instabilité chronique au début de l'âge adulte avec des épisodes notables de perte du contrôle des affects et des impulsions ainsi qu'un recours important aux systèmes de soins et de santé mentale. La déficience et le risque de suicide qui résultent de ce trouble sont les plus élevés chez le jeune adulte et décroissent progressivement par la suite bien que la tendance aux émotions intenses, l'impulsivité et l'intensité dans la relations interindividuelles durent souvent toute la vie, les sujets qui entament une action thérapeutique manifestent souvent une amélioration débutant parfois au cours de la 1er année. La plupart de ces individus deviennent plus stables dans leurs relations et leur travail au cours de la trentaine et de la quarantaine. (DSM5, 2015)

De plus, une toxicomanie ou un trouble du comportement alimentaire peut s'installer durablement. La dépression est une modalité évolutive fréquente du sujet limite mais son statut reste imprécis. Ainsi avec les années, on assiste le plus souvent à une stabilisation du comportement et une gestion moins impulsive des affects. (Allilaire, 2009)

### **3.10) Le diagnostic différentiel :**

Etant donné la grande complexité et diversité du tableau symptomatique du TPB, les diagnostics différentiels nombreux rendent complexes son diagnostic.

Premièrement, la connexion avec les troubles thymiques questionne le caractère particulier du trouble limite de la personnalité. Le caractère particulier du TPB a même été questionné par Akiskal du fait de sa connexion avec les troubles de l'humeur, en effet le trouble de l'humeur le plus proche du TPB est le trouble bipolaire notamment de type deux l'impulsivité est une caractéristique commune des deux affections. Deuxième, dans un degré moindre, le syndrome dépressif majeur avec des traits atypiques tels que des traits psychotiques peut aussi être délicat à différencier. (Farhi, 2017)

De plus devant les symptômes psychotiques, la difficulté diagnostic peut être rencontrée lors d'un épisode bref d'une psychose schizophrénique débutante avec hallucination car en effet, le DSM5 parle de survenue transitoire dans des situations de stress d'une idéation persécutoire ou de symptômes dissociatifs sévères comme l'un des neuf critères diagnostics. (Farhi, 2017)

Enfin, il est fréquent pour un patient atteint du TPB de remplir les critères d'un ou plusieurs autres troubles psychiatriques au cours du temps, en effet les comorbidités psychiatriques du TPB sont nombreuses. Par exemple, devant un état de stress post-traumatique, l'addiction, et le trouble du comportement alimentaire, ainsi d'autres troubles de personnalité.

### **3.11) Les troubles associés au TPB :**

Dépression et troubles de la personnalité vont souvent de pairs. Environ 50% des états dépressifs majeurs s'accompagnent de troubles de la personnalité qui aggravent les difficultés du traitement. Certains troubles de personnalité ont constamment un épisode dépressif franc, au moins, pour lequel ils consultent, et la découverte du TP est secondaire.

C'est en particulier le cas de la personnalité borderline, qui se présente très souvent avec un tableau composite associant des troubles des conduites

alimentaires, des addictions (alcool, toxicomanie), des sensations de vide et d'ennui, des troubles de l'identité sexuée, des colères pathologiques, une impulsivité, des tentatives suicidaires, une peur persistante de l'abandon et des idées de persécution transitoires. Environ 90% des patients présentant un TPB présentent des troubles de l'humeur (Zanarini, 1988, 2004), comme le montre le tableau au-dessus :

Tableau (4) : Trouble de personnalité borderline : comorbidité

Trouble de l'humeur	96%
Troubles anxieux	88%
Addictions (dépendances)	64%
Stress post-traumatique	56%
Troubles des conduites alimentaires	53%
Troubles somatophormes	13%
Psychose	1.3%

(D'après Zanarini, 1988, 2004)

### 3.12) La prise en charge du TPB :

*« Traitez les gens comme s'ils  
étaient ce qu'ils pourraient être et vous les  
aiderez à devenir ce qu'ils sont capables d'être. »*

**Goethe**

La prise en charge des patients borderline est complexe, plurimodale, à adopter à chaque cas. Selon l'APA le traitement de tels patients s'envisage préférentiellement en ambulatoire. Une approche séquentielle et élective offre une solution pragmatique à la diversité clinique et à l'évolution naturelle du trouble. Cependant elle doit s'inscrire dans le long terme, elle fait appel à plusieurs types de traitement parallèles, pharmacologiques et psychothérapeutiques.

#### **A- L'hospitalisation :**

Qu'elles émanent du patient lui-même ou de l'entourage socio-familial de celui-ci, les demandes d'hospitalisation, souvent en urgence, sont fréquentes, survenant au décours d'une énième décompensation dépressive, d'un passage à l'acte suicidaire ou hétéro-agressif, d'un épisode dissociatif aigu, l'admission est souvent rapidement suivie d'une amélioration symptomatique, la perception du cadre hospitalier suffisant en général à rassurer le patient. Enfin de garder à ses yeux son caractère structuré et sa cohérence, évitant ainsi la résurgence de comportements préjudiciables pour la suite de la prise en charge, le séjour doit être court et faciliter une réinsertion rapide du patient dans sa réalité extérieure. L'hospitalisation doit également se situer dans la mesure du possible dans la continuité de la prise en charge ambulatoire si elle existe, ces patients cherchant souvent à faire aux différents thérapeutes, leurs conflits intérieurs. (Chaine & Guelfi, 2017)

- **L'hospitalisation psychiatrique en Algérie :**

Il y a environ 5000 lits, organisés en 15 secteurs psychiatriques. Les hospitalisations sont gratuites et financées par deux sources, un forfait versé chaque année par la sécurité sociale à chaque établissement et une dotation du ministère de la santé. A partir du mois de janvier 2005, le financement sera rigoureusement calculé en fonction de l'activité réelle par la sécurité social, les collectivités locales et le ministère de la santé, le malade n'aura pas à souffrir de ce changement : pour lui, la gratuité des soins sera maintenue.(Kacha,2005)

- **L'hospitalisation sous contrainte :**

Une troisième loi de santé mentale est actuellement en préparation, sans que les deux premières aient été ni appliquées ni évaluées. Une difficulté majeure demeure : une loi de santé mentale et ses dispositions, juridiques, législatives et réglementaires, ne peut être appliquée sans le dispositif d'assistance psychiatrique lui correspondant. Un pays très vaste, une succession de ruptures administratives et politiques n'ont pas permis de concrétiser un programme national de santé mentale qui seul permettrait de préparer l'application d'une loi. (Kacha, 2005)

Nous hospitalisons donc sans recours à la loi, avec l'accord des familles, comme s'il s'agissait d'une hospitalisation volontaire. En revanche, les hospitalisations d'office judiciaires sont dirigées vers trois services régionaux appelés services de psychiatrie médico-légale (Blida pour le centre, Sidi Chami pour l'ouest et Oued Athmania pour l'est du pays). Il existe actuellement un seul service pour toxicomanes, situé à Blida, Frantz Fanon. Il a du mal à trouver son rôle et reçoit le plus souvent des patients de psychiatrie présentant en plus une toxicomanie. (Kacha, 2005)

Nous n'avons pas organisé d'unités pour les hospitalisations de jour ou de nuit pour adultes. Les familles sont portantes et extrêmement proches des patients, cette tolérance exceptionnelle et la souplesse des limites de la famille nous ont protégés. L'action sociale a été portée par les familles que l'État et les soignants tentent de préserver : accueil, versement d'une pension d'invalidité et prise en charge gratuite des patients sont été d'un grand soutien pour les familles. En revanche, les services de psychiatrie infanto-juvénile sont organisés exclusivement en hôpitaux de jour. Il n'y a pas des structures d'hospitalisation complète pour les enfants au ministère de Santé. (Kacha, 2005)

**- Les urgences :**

Dès les années 1970, le pays a opté pour la réalisation d'unités d'urgence psychiatriques dans les hôpitaux généraux, ouvertes 24 heures sur 24.

**• Modalités d'hospitalisation en psychiatrie :**

Les différentes modalités d'hospitalisation en psychiatrie sont régies par la loi du 27 juin 1990 qui prévoit trois régimes d'hospitalisation :

**- L'hospitalisation libre :** nécessite le consentement du patient

- L'hospitalisation à la demande d'un tiers : nécessite une demande manuscrite par un proche, deux certificats médicaux datés de moins de 15 jours, dont un seul peut-être rédigé par un médecin de l'établissement d'accueil, qui peut aussi rédiger le seul certificat nécessaire à la procédure d'urgence.

**- L'hospitalisation d'office :** nécessite un certificat médical qui n'est pas obligatoire dans la procédure d'urgence et un arrêté du préfet. Dans le cadre d'une hospitalisation d'office ou l'une hospitalisation à la demande

d'un tiers, le psychiatre de l'établissement, qui ne doit pas être un de deux médecins certificateurs de l'entrée, doit rédiger : le certificat médical de 24 heures, le certificat de quinzaine, les certificats mensuels.

Par ailleurs, la levée de l'hospitalisation d'office nécessite un arrêté préfectoral, alors que la levée de l'hospitalisation à la demande d'un tiers fait suite à un certificat médical du psychiatre ou peut aussi être exigée par un membre de la famille. (Allilaire, 2002)

La loi prévoit aussi des sorties d'essai pour une période de trois mois renouvelable pour favoriser la guérison et la réinsertion des patients. Toutes les pièces de l'admission et les certificats médicaux de situation sont transmis au directeur de l'établissement qui doit vérifier le respect de la procédure. Des commissions départementales des hospitalisations en psychiatrie sont créées par la loi. Leur rôle est de vérifier le respect des droits et des libertés individuelles des patients hospitalisés. Ainsi, la protection des biens des incapables majeurs est régie par la loi du 3 janvier 1968. (Allilaire, 2002)

- **La sauvegarde de justice** : est le régime le plus simple, elle peut être demandée en urgence pour toute personne ayant besoin d'être protégée dans les actes de la vie civile, elle s'effectue sur simple déclaration du médecin traitant au procureur de la république et nécessite l'avis d'un psychiatre, elle est valable deux mois renouvelable pour six mois puis ensuite tous les six mois.

- **La tutelle** : est la mesure de protection la plus complète elle s'adresse aux personnes ayant besoin d'être représentées d'une manière continue dans les actes de la vie civile, elle nécessite un jugement du juge des tutelles qui fait suite à la requête d'un membre de la famille ou de l'intéressé lui-même aussi qu'à l'avis d'un spécialiste et aboutit à la nomination d'un tuteur.

- **La curatelle** : est un régime où l'intéressé n'est pas remplacé mais assisté dans les actes de la vie civile, les conditions de son ouverture sont les mêmes que pour celles de la tutelle. Le majeur est frappé d'incapacité civile partielle, il peut faire seul les actes de conservation et d'administration. Mais il ne peut faire aucun acte de disposition ni recevoir ou employer des capitaux sans l'assistance du curateur nommé par le juge. (Allilaire, 2002)

### **B- Chimiothérapie :**

Dans la pratique, de nombreuses molécules font l'objet de prescriptions courantes chez les patients borderline : neuroleptiques, antidépresseurs, thymorégulateurs... etc. Il n'existe pas en réalité de traitement pharmacologique spécifique de ce trouble de personnalité. Les recommandations insistent plutôt sur l'intérêt de les utiliser de façon complémentaire à la psychothérapie, à la fois afin de faciliter le travail psychique, mais surtout pour désamorcer certains symptômes de façon assez ciblée : la base de modulation des affects, l'impulsivité comportementale et les troubles perceptuels et cognitifs. (Gorzegno, 2015, p.50)

Plusieurs classes médicamenteuses ont été étudiées dans cinq méta-analyses pour prendre en charge les symptômes cibles et les comorbidités du TPB. Les neuroleptiques et notamment les antipsychotiques, de seconde génération représentent une des classes médicamenteuses les plus prometteuses en termes d'efficacité thérapeutique avec un apaisement relatif des problèmes interpersonnels, de l'impulsivité, de la dépression, et dans une moindre mesure des automutilations (Flupentixol, Olanzapine), de l'anxiété, et de la psychopathologie générale (Aripiprazol). Les antiépileptiques constituent l'autre classe médicamenteuse dont les effets sont le mieux documentés avec une efficacité sur l'apaisement des problèmes

interpersonnels (Divalproate) , de l'impulsivité (Topiramate), de la colère, sur l'anxiété et labilité émotionnelle.(Guelfi., Cailhol., Robinet et al, 2017)

Toutefois, ces résultats sont à nuancer par le faible nombre d'études par molécule. Aucune pharmacopée n'a prouvé son efficacité sur le trouble identitaire, le sentiment de vide et la peur d'être abandonné. Cependant la prescription de psychotropes concerne des symptômes ciblés (automutilation, impulsivité, colère, anxiété...etc)

### **C. Psychothérapies :**

Il existe des thérapies spécifiques à la symptomatologie borderline. La plupart met l'accent sur l'intérêt d'établir un contrat de soins en début thérapie incluant les manières de gérer les situations de crise et les modalités de contact entre les sessions. Le contrat vise à protéger le patient et le thérapeute des aléas de troubles relationnels et des risques d'intrusion, de menaces et de ruptures : il a une fonction de contenance. Le contrat doit s'attacher à déterminer l'objectif des séances et les moyens mis en œuvre. Le sujet peut aussi retrouver une place active par un engagement mutuel qui prendra la valeur d'espace transitionnel au sein du cadre de soins. (Auffret, 2015)

- **La thérapie comportementale dialectique (TCD) :**

La TCD développé par Linehan (à partir de 1991) ; est une thérapie ambulatoire combinant approche groupale et individuelle. Elle cible les comportements autodommageables et a prouvé ses bénéfices sur la réduction des médicaments et des hospitalisations. Elle fait plutôt une analyse méticuleuse des comportements problèmes rencontrés encours de thérapie, offrant au thérapeute un guide pratique pour les résoudre. Ces comportements comprennent les idées et gestes suicidaires. Le processus de cette thérapie met en avant la validation, l'acquisition de compétences et les interventions dans

l'ici et maintenant, à l'aide d'une alliance avec le thérapeute. (Gorzegno, 2015)

- **Thérapie des schémas (TOS) :**

La TOS développé par Young entre 1990 et 2005, est une thérapie intégrative, mêlant des outils issus de la thérapie TCC, de la psychodynamique via l'étude des relations d'objet, de la Gestalt et de l'attachement. Elle postule l'existence de schémas précoces inadaptés dans l'enfance (SPI). Or l'activation inadaptée de ces schémas génère une souffrance chez l'adulte recrée dans certaines conditions interrelationnelles. Ce sont des schémas cognitifs appris et inscrits dans la mémoire à long-terme par lesquels le sujet traite l'information de son environnement. Ces SPI sont la conséquence de besoin affectif fondamental non comblés au cours de l'enfance. (Gorzegno, 2015, p.55)

Lorsque le patient vit des situations émotionnelles intenses, il s'opère une forme de régression, répondant à un mode spécifique de réactivation de schéma ; identifier ces modes permet d'adapter les stratégies thérapeutiques, afin que ses SPI ne dominent plus la vie du patient. Cette thérapie suppose donc l'utilisation de techniques émotionnelles, cognitives et relationnelles, afin de s'attaquer à un large spectre de symptômes, incluant les manifestations chroniques du TPB. . (Gorzegno, 2015)

- **Thérapies intégratives d'inspiration psychanalytique :**

La cure analytique reste, quand elle est possible, un traitement de choix. Elle est centrée sur l'analyse des relations d'objet primitives du sujet, permettant l'intégration du Moi. Deux obstacles principaux sont classiquement décrits dans les cures de patients limites : d'une part l'intensité du « transfert négatif », d'autre part la tendance importante à l'agir de ces patients.

Dans ce prolongement, deux thérapies intégratives se sont destinés pour proposer un outil thérapeutique plus accessible :

- Le premier modèle psychodynamique étudié est le traitement fondé sur la mentalisation (TBM) développé par Batman, postulant le défaut des patients à mentaliser leur état psychique ou celui des autres, probablement par la difficulté à se construire une théorie de l'esprit lorsque les attachements aux figures maternantes ne sont pas Secure. (Braconnier., Corbobbesse., Deschamps et al, 2006, p.291)

- Le second concerne la thérapie centrée sur le transfert (TCT) de Clarkin en 2007 qui, postulant le clivage des relations d'objets, oriente la psychothérapie sur le travail transférentiel. (Guelfi., Cailhol., Robinet et al., 2017)

Enfin, l'objectif principal de la majorité des écoles de psychothérapie est par des voies différentes, d'essayer de modifier la perception du patient de lui-même, de son environnement et d'arriver à atteindre une prise de conscience de bonne qualité et de faire une réorganisation cognitive, tout en s'appuyant sur une relation thérapeutique « suffisamment bonne », à une décision d'hospitalisation devant la menace d'un passage à l'acte, ou à une prise médicamenteuse temporaire. De nos jours l'intégration des modèles biopsychosociaux pour le traitement du TPB est primordiale.

### **Synthèse du chapitre :**

Le trouble de personnalité borderline une entité clinique caractérisée par une instabilité identitaire responsable de perturbations relationnelles évocatrices et une dysrégulation des affects et des comportements avec impulsivité. Les principales complications sont le risque suicidaire, les automutilations et les addictions. Ses modes de comportement rendent

difficile l'adaptation à diverses situations. Cela se répercute chez la personne atteinte de ce trouble dans presque toutes les sphères de sa vie, entraînant obligatoirement une souffrance et une détresse psychologique pour elle et pour son entourage.

Nous allons donc dans le chapitre suivant évoquer deux indicateurs cliniques : « la qualité de vie » et « les stratégies de coping » et ce pour décrire, expliquer et estimer la nature de la qualité de vie attribuable au TPB et d'identifier les ressources que les sujets borderline mettent en œuvre face à des situations stressantes.

## Préambule

La QLV est un enjeu majeur dans le domaine de la psychiatrie et la santé mentale .elle permet de refléter l'impact des troubles mentaux et du comportement sur la vie quotidienne des patients atteints, et permettant de qualifier ces répercussions. En particulier le TPL a d'importante répercussions sur le secteur de santé et de bien-être physique ,psychologique et social des sujets borderline ,il est responsable de nombreuses complications qui nuisent à la qualité de vie et s'entrouvre inférieure que celle de la population générale.

Dans ce deuxième chapitre consacré à la qualité de vie, nous allons présenter dans un premier temps après un bref préambule, l'apparition et l'évolution du concept « QLV »,ainsique le point de vue des principaux auteurs, les définitions. Ensuite ces indicateurs, les concepts associés et la conception de la QLV.Dans un second temps, nous tenterons d'exposer les différentes composantes et dimensions de QLV : la QLV liée à la santé,la QLV liée à l'environnement et la QLV globale, ainsi les domaines de la QLV. En dernier temps,nous illustrons la notion de QLV par les différentes approches de QLV, la qualité de vie et la maladie mentale, les différents outils pour mesurer la QLV et mesure de la QLV liée à la santé et à la santé mentale, enfin on conclut avec une synthèse du chapitre.

## **La qualité de vie**

La QLV correspond à l'actualisation des valeurs essentielles de l'individu dans sa vie, elle répond au besoin de tout individu de se sentir bien avec lui-même et dans son environnement socio-affectif, la notion de bien être est un sentiment de sécurité matériel, social et mental qui nous permet d'avancer sereinement dans la vie .

### **1) L'apparition et l'évolution du concept de QLV :**

La notion de QLV apparaît pour la première fois dans quelques textes à la fin des années cinquante et plus officiellement dans les annales de médecine interne en 1966, la QLV est un concept à la mode depuis une quinzaine d'années et qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, les notions concurrentes (le bien-être, la santé, la satisfaction de vie, le bonheur). (Stenna, 2010)

L'origine du terme «QLV » remonte à un slogan politique américain lancé par Lyndon B. Johnson en 1964 dans son message à la nation intitulé « the great society », s'inscrivant par la suite dans la constitution de Jefferson qui fait du bonheur un droit inaliénable de tout citoyen américain tiré de sens commun , le concept de « QLV » apparaît comme une donnée , une évidence de la nature directement accessible à notre compréhension. Cette expression recouvre la satisfaction de sa vie, le bonheur, le moral inclut la santé mentale et l'adaptation, c'est-à-dire l'anxiété et la dépression. La qualité de vie est considérée comme un indicateur social du bonheur du citoyen (Lafaye, 2009, p.25)

Le concept de QLV a pris racine à partir de trois courants scientifiques : Sociologique, médecine, et psychologie. L'amélioration du niveau de vie dans les sociétés industrielles occidentales au cours du XX siècle a entraîné une

transformation du concept de santé (Leplège&Debout,2007). Si à la base la santé était définie comme l'absence de maladie et d'infirmité, sa définition s'est élargie à un état complet de bien-être physique, mental et social, il fallut encore d'autres modifications conceptuelles de la santé pour avoir apparaitre celui de QLV.(Brousse&Boisauber,2007)

Dans le domaine de la santé, le concept de QLV est apparu dans les années 1960 aux États-Unis « *il est né de la conjonction d'une modification du pronostic des maladies, de la considération de l'autonomie du patient et d'un besoin d'évaluation médicale* » (Brousse&Boisaubert,2007,pp.458-462). Ainsi, avec les progrès de la médecine, la QLV est devenue un élément tout aussi important que sa durée, pour l'évaluation de la prise en charge des durées, pour l'évaluation de la prise en charge des problèmes de santé par les systèmes de soins, les critères objectifs et biomédicaux se sont montrés insuffisants.Elle devait faire appel à des indicateurs de résultat plus fins que la mortalité et la morbidité. (Leplège&Debout,2007)

En outre, Pratiquement avec l'apparition de cette notion de QLV, il a été convenu de tenir compte également des bénéfices ressentis par les personnes qui ont reçu un traitement (Beaufils, 1997).Depuis ce temps, dés lors que la QLV a été considérée comme une dimension essentielle de la santé et un paramètre indispensable pour évaluer les interventions et les prises en charge des patients, les recherches sur ce sujet se sont à l'échelle internationale.Les travaux de recherche ont eu l'intérêt d'élargir le regard clinique pour évaluer les besoins des patients et les effets de traitements et d'influencer les politiques et les programmes en matière de santé qui se focalisent davantage sur le bien-être des personnes. (Dazord et al,2000)

Pour Sinéoni et all (1999), appréhender la qualité de vie liée à la santé représente une alternative innovante permettant d'éclairer les jugements et les

choix médicaux et thérapeutiques tant individuels que collectifs. (Siméoni et al, 1999)

## 2) L'utilisation actuelle du concept de QLV :

Actuellement, la notion de qualité de vie est utilisée en tant que :

**2.1) Notion de sensibilisation :** qui nous donne un sens de référence et de guidance de la perspective de l'individu, se centrant sur la personne et sur son environnement.

**2.1) Thème unifié :** qui fournit un langage commun et un cadre systématique pour appliquer les principes et concepts de qualité de vie.

**2.3) Constructif social :** qui est utilisé comme un principe de dépassement pour augmenter le bien-être de l'individu et collaborer pour les changements au niveau communautaire et social. (Schalock, 2002; Turnbull, Brown & Turnbull, 2004)

Cependant Verdugo et collaborateurs (2005) font état d'une évolution dans l'utilisation du concept de qualité de vie dans le cadre de la déficience intellectuelle et montrent que ce concept est de plus en plus utilisé en tant que cadre conceptuel pour l'évaluation de résultats de qualité, constructif social qui guide les stratégies visant à augmenter la qualité et enfin en tant que critère visant à évaluer la qualité de telles stratégies. (Grimm-Astruc, 2010, p.35)

## 3) Définitions de concept QLV :

Le concept de QLV possède de nombreuses définitions qui ont été établies au cours du temps, mais qui n'ont pas permis d'établir un consensus au sein de la communauté scientifique, en 1994 l'OMS propose une définition de ce concept à fin d'apporter un cadre théorique, qui se veut intégratif en respectant le caractère multidimensionnel de ce concept.

Dans ce qui suit, nous allons définir la QLV selon « l’OMS » et selon les principaux auteurs qui se sont intéressés à la « QLV ».

- **Selon l’« OMS » :**

L’OMS définit la QLV comme « *la perception qu’a un individu de sa place dans l’existence, dans le contexte de la culture et du système de valeur dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, il s’agit d’un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d’indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement* ». (OMS,1994,p.21)

Cette définition englobe à la fois l’état somatique, l’autonomie physique, l’état psychologique, le bien-être, les interactions sociales les activités professionnelles et les ressources économiques.

- **Selon Bruchonschweitzer (2002) :**

« *Le concept de QLV est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. Il s’est construit peu à peu par l’intégration de différents indicateurs au fil du temps le bonheur, l’origine philosophique, le bien-être matériel (welfare) et le bien-être subjectif (well-being) d’origine psychologique et sociologique, la santé physique d’origine médicale et la santé mentale d’origine psychiatrique*» (Bruchon- schweitzer (2002) ; cité par Lafaye,2009,p.26)

- **Selon Lawton (1997) :**

« *La QLV est l’évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuelles du système « personne-environnement » de chaque individu* »(Lawton (1997) ; cité par Bruchon-schwertzer,2002,p.51)

- **Pour Vetter et al (1981) :**

La QLV est le degré de satisfaction qu'un individu ressent par rapport à sa vie et ce qui l'entoure. Et c'est aussi le degré dans lequel une personne évalue positivement sa vie dans son ensemble. (vetter et al (1981) ; cité par Hoven, 1997)

- **Pour Rizzo& Spitz (2002) :**

Ce concept intègre la santé physique, l'étatpsychologique, le niveau d'indépendance, les croyances personnelles, les relations sociales et l'environnement d'un individu. (Rizzo&Spitz,2002)

Enfin, au vu de ces définitions, nous retenons celle de l'OMS parce que celle-ci, elle endosse un caractère holistique et inclut la représentation que l'individu se fait de sa place en société, inférant une relation implicite entre santé physique et psychologique, l'affectivité, les besoins, les valeurs le réseau sociale et l'autonomie en rapport avec des facteurs environnementaux spécifiques. D'une manière générale, elle s'apparente à un état complet de bien-être, prenant en compte à la fois l'individu et le contexte dans le quel il se trouve, et à une satisfaction individuelle globale de tout les aspects de la vie.

#### **4) les concepts associés à la QLV:**

##### **4.1) Le bonheur**

Le bonheur est une notion « pluraliste », il comprendrait trois composantes distinctes : une composante émotionnelle positive (l'hédonisme), une composante cognitive-évaluative (la satisfaction : estimer que l'on a réussi à réaliser ses aspirations), une composante comportementale (l'excellence : réussite auto-évaluée dans ses activités. (Musschenga, 1997)

#### 4.2) La satisfaction de la vie :

*« La satisfaction de la vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie elle peut-être à son tour décomposée en domaines plus spécifiques (profession, famille, loisirs, santé, finances, soi, groupe d'appartenance....etc)»(Bruchon- schweitzer, 2002, p.58)*

#### 4.3) Le bien-être :

*« Le bien être correspond à l'expérience globale de réactions positives en vers sa propre vie inclut toutes les composantes d'ordre inférieurs telles que la satisfaction de vie et le niveau hédonique. » (Diener, 1994, p.108)*

En résumé, la qualité de vie est très corrélée aux notions de bien-être, de bonheur, ou d'intégrité. Elle est un mélange de satisfaction générale de vie et de bien-être personnel.

#### 5) Les indicateurs de la QLV :

Nous pouvons identifier un certain nombre d'indicateurs de la QLV dont les quatre indices reflètent la QLV, ces quatre indices sont :

- **Satisfaction** : elle fait référence à l'accomplissement d'un besoin ou d'un désir, et du sentiment de bien-être et de contentement de la personne, plus précisément, la satisfaction a un rapport avec la vie en générale, le bonheur et le plaisir les expériences personnelles et les sentiments associés aux situations sociales et de vie en générale.
- **La compétence et la productivité** : elle fait référence au travail rémunéré ou à un travail qui contribue à la communauté.

- **L'appropriation et l'autonomie** : elle fait référence aux possibilités accrues d'exercer un contrôle sur son environnement et aux possibilités de faire des choix pour soi-même.

- **L'appartenance sociale et l'intégration à la communauté** :

Elle fait référence au fait que la personne participe aux mêmes activités et utilise les mêmes ressources de la communauté que les personnes ne présentant pas d'incapacités, fait également référence aux possibilités de développer et de vivre des relations et des contacts sociaux normalisant. (APA ; Segretan, 2005)

Toutefois, Le bien-être dépend des conditions de vie matérielles mais aussi de la perception subjective de la qualité de la vie. Le revenu, le travail et le logement relèvent des conditions de vie matérielles. La santé et la formation font partie des dimensions immatérielles de la qualité de vie, de même que la qualité de l'environnement, la sécurité personnelle, l'engagement civique et l'équilibre de vie professionnelle-vie privée.

Nous allons présenter dans le point suivant les conceptions de la qualité de vie qui sont : « la qualité de vie subjective » et « la qualité de vie objective ».

## **6) Les Conceptions de la QLV : (Objective et subjective)**

La notion de QLV est le plus souvent confondue avec celles de QLV associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la QLV qui est le concept le plus large de tous et le plus intégratif. La QLV est une « collection de dimension ». (Lawton, 1997)

Deux aspects de la QLV se côtoient : la QLV dite objective et la QLV dite subjective

### **6.1) La QLV objective :**

Elle fait référence à ce qui est quantifiable à travers l'utilisation de tests psychométriques, et renvoie aux outils d'évaluations mesurant le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'une personne. (Rizzo&Sptitz, 2002). Les mesures de la QLV ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, elles réfèrent plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus = physique, sociale et psychologique (fonctionnement physique, conditions de logement, soutien social, situation financière) et aspect objectif de la QLV objective était surtout évaluée par le personnel soignant des hôpitaux et passait par une hétéro-évaluation.(Jenkin, 1992)

Les mesures objectives ou évaluatives de La QLV renvoie aux items ou aux échelles qui visent à déterminer le nombre ou l'intensité d'expérience observables dans la vie d'une personne elle correspond aux conditions de vie du sujet telles qu'elles apparaissent à un observateur extérieur.

### **6.2) La QLV subjective :**

La QLV subjective, propre à l'histoire de la personne interrogée comme un phénomène de perception divisé en trois axes : la perception subjective par l'individu de son état physique ( fonctionnement organique ), émotionnel (état mentale, psychique ) et social ( aptitude à engager des relations normales avec autrui après avoir pris en considération les effets de la maladie) (symptômes ) et de son traitement ( séquelles, handicap ). Cet aspect subjectif de la QLV ne peut-être approchée que par le sujet puisqu'elle touche son histoire, sa propre individualité, la QLV dans les recherches actuelles ne se conçoit plus sans une référence à la subjectivité, elle est donc intra-sujets,

évaluée par ces derniers grâce à des auto-évaluations. Pedinielli quant à lui, développe deux niveaux de subjectivité, le premier intégrant la satisfaction, les émotions, le jugement et l'appréciation personnelle, tandis que le second niveau s'intéresse à l'impact de la subjectivité sur l'évaluation de la QLV. (Pedinielli., Rouan., Gimenez, 1995).

Les mesures subjectives ou évaluatives de la QLV renvoient aux items ou aux échelles qui ont pour objet de déterminer comment un individu évalue les répercussions de la maladie sur son fonctionnement physique, social et / ou affectif, ou dans quelle mesure il est satisfait de ces différentes expériences de vie. (Fischer, 2002).

A la différence entre ces deux types, la QLV subjective se définit comme la satisfaction qu'à un sujet de sa propre vie, alors que la QLV objective fait référence aux conditions de vie, a la notion de participation et se base sur des indicateurs objectifs.

## **7) La qualité de vie liée à la santé :**

La QLV liée à la santé reflète les effets fonctionnels d'une affection médicale et/ou de son traitement sur un patient. Elle est subjective et multidimensionnelle. Elle englobe la santé physique et la fonction occupationnelle, l'état psychologique, les interactions sociales et le ressenti somatique.

La QLV liée à la santé différencie les déterminants de la qualité de vie propre à la santé, des autres déterminants de la qualité de vie tels que le revenu, les conditions de vie, la sécurité de l'emploi. (Rizzo & Spitz, 2002). Elle a été l'un des premiers auteurs à définir la qualité de vie liée à la santé par rapport à une discordance à un moment particulier entre les espoirs, les

attentes d'un individu, et l'expérience présente de ce même individu. Cette définition est en relation avec la différence entre buts perçus et réalisation actuelles.(Calman, 1984)

En lien avec cette conception, Patrick et Erickson (1988) définissent la QLV liée à la santé comme le niveau de bien-être et de satisfaction associé aux événements ou conditions dans la vie d'une personne, influencés par la maladie ou les traitements. Ainsi ce n'est pas seulement la capacité à remplir ses rôles sociaux mais aussi le degré de satisfaction dérivant de leur réalisation qui constitue la QLV liée à la santé. En 1994, Nordenfelt construit une théorie dans laquelle la QLV liée à la santé est une propriété se rattachant aux expériences de l'individu.

Felce et Perry en (1995), proposèrent un modèle de QLV liée à la santé qui intègre les indicateurs objectifs et subjectifs d'une large étendue de domaines de vie et de valeurs individuelles. Dans leur modèle, la QLV liée à la santé est définie plus finement, comme un bien-être physique, matériel, social et émotionnel, associés au développement personnel et à une activité déterminée. Ces descripteurs et évaluations sont déterminés par l'ensemble de leurs valeurs et aspirations personnelles. (Chateauxv, 2005, p. 61)

### **8) La QLV liée à l'environnement :**

Elle se base essentiellement sur les critères objectifs tels que la pollution, les nuisances, les crimes, la délinquance, les revenus, les indicateurs sociaux ou le confort. Cependant, c'est à partir des études de ces différents domaines que la notion de QLV subjectif est apparue, étant donné l'absence de corrélations significative entre les conditions de vie objectives et le vécu des personnes. L'importance d'obtenir le ressenti des personnes concernées pour recueillir une évaluation de la QLV subjective semble être à partir de-là essentielle. (Lafaye,2009,p.25)

## 9) La QLV globale :

Elle est vue comme un tout dont l'étude se situe dans le champ de la psychosociologie avec l'hypothèse que le bien-être et le mal-être sont indépendants l'un de l'autre et qu'il existe un équilibre entre les affects positifs et les affects négatifs. (Adreus et al, 1976). Ici, la QLV se caractérise par un regard cognitif, un jugement sur son vécu de bien-être (est-ce que cela fait assez ?) et dont l'indicateur princeps est la satisfaction exprimée face aux divers domaines de vie, le terme satisfaction étant à prendre dans son acception étymologique « faire assez » c'est-à-dire ni trop ni trop peu et doit être différencier du sentiment de complétude comme l'est le bonheur, la QLV y est décrite à travers des hiérarchies de valeurs, un fonctionnement cognitif et des affects. (Lafaye, 2009)

## 10) Les domaines de la qualité de vie :

La qualité de vie est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs domaines : psychologique, physique, et social notamment.

### 10.1) Le domaine psychologique de la qualité de vie :

*« La composante psychologique de la qualité de vie s'intéresse essentiellement à la dimension émotionnelle ou mentale en investiguant la présence d'émotions et d'états affectifs positifs ou encore l'absence d'affects négatifs, tels que l'anxiété ou la dépression. »* (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.52).

*« Le domaine psychologique peut également recouvrir des notions liées à l'estime de soi, au développement personnel, à la réalisation de soi (créativité ou sens donné à la vie), à la morale ou encore à la vie spirituelle »* (Strenna, 2010, p.76)

### **10.2) Le domaine physique de la qualité de vie :**

La santé physique comprend l'état physique et l'état fonctionnel. L'état physique comprend l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes. Alors que l'état fonctionnel comprend la mobilité du sujet, les activités quotidiennes que le sujet peut accomplir, son autonomie ou sa dépendance. Ces deux aspects de la qualité de vie peuvent être évalués selon deux points de vue. Le point de "vue externe" qui va consister à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus. Et le point de "vue interne" qui est seulement accessible par auto-évaluation, qui permettra d'atteindre les représentations, perceptions et le vécu subjectif de la santé du sujet. (Bruchon-Schweitzer, 2002).

### **10.3) Le domaine social de la qualité de vie :**

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine important de la qualité de vie. On oppose généralement la vie sociale des individus à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères : familiale, amicale, professionnelle, citoyenne. Ainsi, le domaine social de la qualité de vie évalue une sorte de "santé sociale" définie comme la participation et l'intérêt pour des activités sociales : famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse. Il est important de prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

Pour Flanagan (1982), la façon dont l'individu évalue ses activités sociales est aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement social. Enfin, Dazord est l'un des auteurs et des chercheurs français les plus référencés dans les études portant sur la qualité de vie. Sa conception et ses travaux insistent sur un point central qui a longtemps été négligé et qui tend encore, malgré son intérêt théorique croissant, à ne pas être mis en application dans les études portant sur la qualité de vie; il s'agit de la prise en considération de la dimension

subjective de ce concept. En effet, si la qualité de vie n'est pas indépendante du contexte et des éléments objectifs et concrets de la vie, elle n'en reste pas moins dépendante du vécu intérieur de chacun. Or, ce vécu ne peut pas être déduit du contexte ou de la qualité de vie objective, chaque événement ou situation pouvant avoir des retentissements différents sur le vécu et le ressenti de chacun. L'évaluation de la qualité de vie subjective ne peut donc se faire que par référence exclusive à l'expérience vécue intérieurement par chaque sujet, l'intérêt étant d'accéder et de pouvoir travailler sur la définition que le sujet lui-même donne de sa propre qualité de vie. On ne peut donc étudier la qualité de vie subjective qu'en cherchant à préciser ce que les sujets vivent intérieurement, à travers l'obligatoire déformation de leur réponse verbale. (Dazord, 2002).

Ainsi, l'auto-évaluation est un des premiers critères à respecter dans l'étude de la qualité de vie subjective car elle apporte un autre éclairage sur la vie psychique du sujet en permettant de réintroduire sa parole et son vécu. (Stenna, 2010)

La qualité de vie est donc une notion très vaste, puisqu'elle englobe notamment des composantes physiques, psychologiques et sociales. Ces trois dimensions du vécu d'un sujet sont cernées à l'aide d'items et par des critères à la fois objectifs et subjectifs. Ainsi, la qualité de vie n'est pas réduite à la simple appréciation d'un degré de bien-être, elle est définie par un ensemble de critères dont les modifications peuvent être mesurées. Ces critères subjectifs et objectifs de la qualité de vie conduisent à utiliser des échelles d'évaluation nécessitant une approche méthodologique et statistique indispensable à leur construction. Toutes les échelles de qualité de vie ne sont pas identiques.

## **11) Les différentes approches de la QLV :**

On va tenter de définir les différentes approches de la qualité de vie (Approche psychologique, médicale, politique et économique) avec leurs similitudes et leurs différences.

### **11.1) L'approche psychologique :**

Elle concerne le jugement que porte un sujet sur sa vie et sur son équilibre psychique. L'OMS a donné une définition qui comporte plusieurs points, à savoir psychologique, physique, social, et le bien-être matériel. C'est un concept à utiliser avec précaution car très subjectif.

Il semble que l'apparition de la QLV a été plus tardive en comparaison des autres disciplines scientifiques, en psychologie de la QLV conjointement liée à l'étude de la satisfaction, la QLV est un phénomène psychologique complexe contenu dans le phénomène du bien-être son approche est entièrement fondée sur une appréciation subjective. De nombreuses études démontrent que la QLV n'affecte pas seulement la satisfaction mais elle impacte également la satisfaction dans tout les domaines de la vie comme la vie familiale, les loisirs, la vie sociale et financière, la psychologie s'est également intéressée à l'importance des aspects psychologiques liée au cadre de vie, il s'agit de prendre connaissance des besoins psychologiques fondamentaux que le cadre de vie doit satisfaire, tels que la sécurité psychologique, les qualités fondamentales de l'environnement et les qualités propres du cadre de vie. (Lepège, 2001)

### **11.2) L'approche médicale :**

En ce qui concerne les questions de la santé, l'enjeu consiste à constituer un indicateur subjectif de santé, il existe dans cette approche deux grandes classes de tests de mesure de la QLV les instruments spécifiques sont centrés sur une pathologie ou un public particulier et les instruments génériques sont utilisés dans le cas des pathologies variées et évaluent de façon assez

globale l'état de santé, le fonctionnement psychologique et l'environnement social du sujet. (Leplege,2001)

### **11.3) L'approche politique et économique :**

La QLV d'une population est un enjeu majeur en sciences économique et en science politique, on utilise les notions proches d'utilité et de bien-être, elle est mesurée par de nombreux indicateurs socio-économiques, elle dépend dans une large partie de la capacité à acheter des biens et services (notion de pouvoir d'achat),mais aussi des situation dans les domaines de la liberté (libéralisme économique), de respect des droits de l'homme, de bonheur et de santé. (Leplege,2002)

### **12) La qualité de vie et maladie mentale :**

La QLV au bien-être et au statut fonctionnel selon une perspective individuelle. Elle est parfois perçue comme le seul enjeu important par les personnes qui ont des conditions médicales persistantes telles des problèmes de santé mentale. (Dickerson et coll,2008). De ce fait, Les troubles psychiques sont une entrave à la vie quotidienne et ont des répercussions au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, psychique et comportementale. Ces troubles sont très fréquents, selon l'Obsan, ils ont des répercussions non seulement sur la qualité de vie des personnes atteintes de ces troubles, mais également sur les proches ; ils peuvent en outre mener jusqu'au suicide. (Schulet& Burla, 2012)

En effet, La QLV des personnes atteintes de trouble de santé mentale est reconnue comme étant moindre que celle de la population générale en raison de leur conditions psychiatriques ainsi que de la présence de comorbidités psychique (Dickerson et Coll,2008 ;Vetter et Wadden,2010).Les symptômes négatifs de la maladie (remplis sur soi, perte d'initiative, diminution de la participation dans des activités traditionnelles, altération des capacités à

communiqués, à aller vers d'autre et à prendre du plaisir) sont inversement proportionnels à la QLV.

Ainsi le milieu de vie des personnes atteintes de trouble de santé mentale exerce également une influence sur la QLV, les personnes vivant dans la communauté rapportant une meilleure QLV que celles qui sont institutionnalisées. (Moreno et coll,2010)

De ce fait, l'intérêt pour l'évaluation de la QLV dans le champ de la psychiatrie est grandissant depuis une vingtaine d'années, de nombreuses études ont évalué l'impact des troubles mentaux majeurs sur la QLV perçue par les patients. Cependant l'évaluation des conséquences des troubles mentaux sur la QLV des personnes porteuses doit donc se faire par comparaison à la QLV observée en population générale indemne de ces troubles de façon à identifier la perte de QLV leur étant réellement attribuable. Ces connaissances sont nécessaires à une allocation éclairée des ressources prenant en compte les effets de modification des prises en charge, notamment de l'organisation des soins sur la QLV des patients en termes d'efficacité et d'efficience. (Prigent,2014)

### **13) Les différents outils pour mesurer la QLV :**

Une première façon d'évaluer la QLV d'une personne serait de lui demander « comment vous sentez-vous ? » cependant, l'information qu'on obtiendra à cette question risque d'être un peu restreinte. La QLV liée à la santé est un objet complexe qui ne peut pas être mesurée directement par une seule question ou par un petit nombre de questions simples (Lepège&Debout,2007), c'est pourquoi, il est nécessaire d'utiliser des méthodes plus structurées.

On peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la QLV : l'entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative.).

- L'entretien psychologique : permet une évaluation plus globale de la QLV et possède une valeur thérapeutique.
- Les outils psychométriques : constitués d'échelles ou questionnaires, réalisent une évaluation plus restrictive de la QLV, mais permettent une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnée et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. (Mercier & Schraub, 2005)

Peu nombreux encore, il existe aussi des outils psychométriques qui sont connus pour connaître les besoins de manière individuelle. Dans ces outils, les dimensions qui composent la QLV sont pondérées les unes par rapport aux autres, en fonction de leur importance pour la personne référence. (Heusse, 2014)

Il existe deux sortes d'échelles de QLV : génériques et spécifiques

• **Les mesures génériques** : ont été élaborées pour convenir à une très grande variété d'individus et de groupes, elles couvrent à la fois les ressources physiques, mentales et sociales des individus de la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie. (Bruchon-schweitzer, 2000, p.71)

• **Les mesures spécifiques** : des échelles de QLV spécifique ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients douloureux cancéreux, cardiaques, insomniaques, arthritique,...etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie (ou celui de certains protocoles thérapeutiques) sur les divers domaines de la vie (limitations et altération, mais aussi l'évolution dans le temps. (Bruchon-schweitzer, 2002)

#### **14) Mesure de la QLV liée à la santé et santé mentale :**

Les mesures de QLV sont de plus en plus utilisées dans le monde de la recherche pour la santé, elles ont l'intérêt de pouvoir quantifier l'impact des maladies ou de différentes interventions de santé sur la vie quotidienne des patients. (Leplège&Debout, 2007). Ainsi, ont la particularité de s'intéresser à des caractéristiques subjectives qui avec l'évaluation des systèmes de cueillette de données et des approches méthodologiques, peuvent désormais être mesurées scientifiquement aussi bien que les aspects objectifs. (Langlois, 2010).

Comme l'appréciation de la QLV est quelque chose d'intrinsèque à une personne, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'elle ne doit pas être rapportée que par le patient lui-même dès que cela est possible. En réalité l'évaluation de la QLV d'une personne dans sa globalité est très difficile, le plus souvent pour être adéquate, elle se résume à la mesure, à la mesure des différentes dimensions de la QLV, qui ont été préalablement définie dans une perspective décisionnelle ou opérationnelle. (Leplège&Debout, 2007)

#### **• Les instruments de mesure de la qualité de vie utilisés dans le champ de la santé mentale :**

Les différents instruments de mesure de la qualité de vie présentent des propriétés distinctes (dimensions incluses, générique versus spécifique, basés sur les perceptions subjectives des patients ou sur des éléments objectifs notamment) et tous ne permettent pas le calcul de scores d'utilité.

Parmi les instruments disponibles permettant le calcul de scores d'utilité, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en Angleterre et la Haute Autorité Santé (HAS) en France recommandent l'utilisation de l'EQ-5D dans le cadre d'évaluations économiques. L'EQ-5D ainsi que le SF-36,

permettant de calcul de scores d'utilité par l'intermédiaire du SF-6D, font partie des instruments les plus utilisés, le SF36 étant de plus le seul à avoir été mobilisé en population générale en France et donc le seul à permettre la mesure de la perte de qualité de vie attribuable aux troubles mentaux évoquée (Prigent, 2017). Cependant, l'EQ-5D a fait l'objet de nombreuses critiques dans le champ de la santé mentale, en particulier en raison de son manque de réponse au changement. De manière plus générale, l'usage de l'ensemble des instruments de mesure génériques, dont fait partie le SF-36, a été contesté dans le champ de la santé mentale, cette fois en raison de leur seule approche subjective de la qualité de vie, qui selon certains auteurs devrait être complétée d'une mesure objective dans le cas de certains troubles qui peuvent être à l'origine d'une distorsion des perceptions. Ces instruments génériques sont pourtant les seuls à permettre des comparaisons de la qualité de vie entre différents champs pathologiques et avec des populations indemnes de troubles. (Prigent, 2017, p. 36)

En l'absence de référence et de consensus, un apport de connaissances est nécessaire pour avoir une vision globale de l'ensemble des instruments de mesure de la qualité de vie utilisés dans le champ de la santé mentale, de leurs propriétés et de la façon dont ils ont été mobilisés dans les études et pour y situer les instruments de mesure permettant le calcul de scores d'utilité. Ces connaissances sont notamment essentielles pour confirmer ou infirmer le bien-fondé de l'utilisation du SF-36 et de l'EQ-5D auprès des patients souffrant de troubles mentaux et pour éventuellement sélectionner d'autres instruments de mesure de la qualité de vie plus adaptés ou communément utilisés. Quels que soient les instruments mobilisés pour mesurer la qualité de vie des patients souffrant de troubles mentaux, au regard de la diversité de leurs propriétés, un préalable à leur utilisation consiste en la comparaison de leurs résultats. (Prigent, 2017)

**Synthèse du chapitre :**

A travers cette partie, nous avons vu la notion de la qualité de vie qui est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé mentale du sujet notamment le trouble de personnalité borderline a un effort impact sur le secteur de la santé et le bien-être physique et psychologique des patients atteints. Il est responsable de nombreuses complications qui nuisent à la qualité de vie.

Nous allons donc dans la partie suivante aborder et expliquer les stratégies de coping mises en œuvre par les sujets borderline.

### **Préambule**

Tout au long de sa vie, l'individu est confronté à une succession d'événements mineurs ou majeurs : maladies, blessures graves, deuil... etc. ces expériences peuvent être perçue comme menaçantes par l'individu, induire des perturbations émotionnelles et avoir à long terme des effets néfastes sur la santé physique et psychique. L'individu ne reste pas habituellement passif par rapport à ce qui lui arrive : il essaie de faire face. On parle alors de coping pour désigner la façon de s'ajuster aux situations difficiles.

Dans ce chapitre, nous présenterons après un bref préambule, l'origine et l'évolution du concept coping, ensuite, nous allons donner quelques définitions de stratégies de coping, après on va définir aussi quelque concept connexes, et puis la relation entre le stress et le coping. Nous aborderons par la suite, les différents types de stratégies de coping, les différents modèles de coping, les déterminants dispositionnels du coping et les phases d'évaluations. Puis, les sources de coping, l'efficacité des stratégies de coping, le style de coping et les traits de personnalité, le coping et personnalité borderline, ainsi quelques instruments de mesure du coping et la stabilité des stratégies de coping, enfin on conclue le chapitre par une synthèse.

### 1) L'origine et l'évolution de concept du coping :

Historiquement la notion de coping est affiliée à celle de mécanisme de défense, développée depuis la fin du XIX siècle par la psychanalyse, et à celle d'adaptation, développée depuis la deuxième moitié du XIX siècle et commune à la biologie, à l'éthologie et à la psychologie animale (et à la perspective évolutionniste de Darwin en particulier). (Bruchon-schweitzer, 2001, p.69)

on a tout d'abord parlé des mécanismes de défenses « adaptée » en tant qu'activités de coping (Alker, 1968), mais au fur et à mesure que le coping est devenu une notion en soi, étudiée à part, la formulation s'est modifiée, ce changement s'est notamment opéré quand l'étude des stratégies adaptatives a commencé à s'intéresser aux stratégies conscientes utilisées pour faire face aux situations difficiles. Ces stratégies étaient définies dans la littérature tant que réponses de coping. (Chabrol et al., 2004)

Le coping est un concept récent, apparu pour la première fois dans un ouvrage de Lazarus, « psychological stress and coping process » en 1966, ce concept coping est extrêmement populaire depuis les années soixante-quinze dans les pays anglo-saxons et il a donné lieu à plusieurs centaines de travaux scientifiques et de tentatives d'adaptation, il commence seulement à être popularisé en France depuis les années quatre vingt-dix. (Bruchon-schweitzer, 2002, p.353)

C'est à partir des années 60-70 qu'apparaissent les premières différenciations entre coping et mécanisme de défense, les travaux de Haan (1965) définissent les mécanismes comme étant « rigides, liées à des conflits intrapsychiques anciens souvent d'origine inconscient » et les stratégies de coping comme « étant souples, orientées vers le futur, basées sur la réalité de la vie et

destinée à faire face à une situation stressante bien précise ». Puis en (1978) Lazarus et Lanier élabore une première définition du concept de coping.

De ce fait, Le concept de coping n'ayant pas d'équilibre en français « to cope » : faire face à, il est traduit en français par les termes de « stratégie d'ajustement » ou stratégie d'adaptation. (Chabrol&Callahan,2004)

Dans ce qui suit, nous tenions à exposer les différentes définitions des stratégies de coping et quelques concepts connexes.

## **2) Définitions des concepts :**

### **2.1) stratégie :**

Elle est définie comme une « *coordination planifiée des moyens pour atteindre un but, les moyens étant en psychologie, les connaissances, les opérations et les actions* ». (Bloch&Cheman et al,1991,p.752)

### **2.2) coping :**

Il est définie comme « *avant tout un moyen, pour faire face à un problème précis et le résoudre si possible, il peut être aussi classé selon la cible des stratégies* » (Bloch&Callahan,2004,p.112)

### **2.3) les stratégies de coping selon certain auteurs :**

Les stratégies de coping ou d'ajustement désignent « *l'ensemble des processus qu'une personne interpose entre elle et la situation perçue comme menaçante à fin de maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celle-ci sur son bien-être physique et psychologique* » (Fischer, 2002, p.264)

De son côté, Lazarus et Folkman(1984) définissent le coping comme : « *l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux, constamment changeants déployés pour gérer des exigences spécifiques internes et/ou*

*externes qui sont évaluées (par la personne) comme consommant ou excédant ses ressources* » (Bruchon-Schweitzer & Emilie, 2014, p.474)

Ainsi, Le coping se caractérise par les efforts cognitifs et comportementaux permettant de gérer le déséquilibre occasionné par un événement stressant, les réponses de coping mises en place se réfèrent soit aux réactions émotionnelles de la personne face à cet événement soit à l'événement lui-même. (Nicolas & Fischer, 2002)

#### **2.4) L'ajustement :**

L'ajustement c'est une : « modification fine de l'organisme destinées à rendre mieux adapter à son environnement » (Bloch & Chemam et al, 1991, P.25). Le terme « ajustement » a une connotation de négociation ou de soumission plutôt que l'affrontement trop restrictif. (Stracey & Henri, 2004)

#### **2.5) L'adaptation :**

C'est un concept extrême et large, qui inclut toute la psychologie, voir même la biologie. « L'adaptation inclut tout les modes de réaction des organismes soit chez l'homme, la perception, l'émotion, la motivation, l'apprentissage... etc. » (Bruchon-Shweitzer, 2002, P.355)

Autrement dit, l'adaptation est l'ensemble des modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre des relations être l'organisme et ses milieux de vie, en même temps, des mécanismes et processus qui sous tendent ce phénomène. (Fischer, 2002)

### **2.6) La résilience:**

C'est un concept créé par Rutteren 1985 et popularisé par Cyrlink (1999), capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement de manière socialement acceptable en dépit du stress et d'une adversité qui impliquent normalement un risque important d'issue négative.(Vareson,2012, p.70)

### **2.7) L'évitement :**

Il s'agit de bloquer les pensées déplaisantes et pratiquer avec excès des activités compensatoires : magasinage, alimentation, jeux électroniques ou de hasards compulsifs. S'éloigner des sources de stress, certains lieux personnes ou activités aversives. (Lucie, 2013)

### **2.8) Les mécanismes de défense :**

C'est un concept psychanalytique qui désigne : « l'ensemble d'opérations dont la finalité est de réduire, de supprimer toute modification susceptible de mettre en danger l'intégrité et la constance de l'individu biopsychologique ». Dans la mesure où le moi se constitue comme instance qui incarne cette constance et qui cherche à la maintenir, il peut être décrit comme l'enjeu et l'agent de ces opérations. (Laplanche & Pontalis, 1994, p.108)

#### **• Les mécanismes de défense et les processus de coping :**

Notre résilience, notre capacité à faire face aux tensions, aux conflits, aux dangers perçus à l'intérieur de nous ou dans le monde extérieur, mobilise deux types d'opérations mentales : les mécanismes de défense et les processus de coping.

Les notions de défense et le coping ont connu un développement parallèle dans des approches théoriques différentes (approches cognitives et

comportementales pour le coping et psychanalytique pour la défense. (Chabrol, 2004).

Cependant, les mécanismes de défense sont des opérations mentales involontaires et inconscientes qui contribuent à atténuer les tensions internes et externes, les sujets pouvant au mieux percevoir les résultats de leur interventions et s'en étonner éventuellement. Au contraire, les processus de coping sont des opérations mentales volontaires par les quelle le sujet choisi délibérément une réponse à un problème interne et/ou externe. Ensuite, défense et coping coexistent en chacun de nous.

L'opposition entre défense qui serait pathologique et le coping qui serait adaptatif est maintenant dépassée. Défense et coping peuvent être des processus adaptatifs ou mal adaptatifs. Ce caractère fonctionnel ou dysfonctionnel dépend à la fois du type de défense ou de coping, de l'intensité et de la durée de sa mise en jeu, mais aussi du contexte interne et externe de leur mobilisation et des interactions éventuelles entre défense et coping. (Chabrol, 2005).

Enfin, défense et coping s'activent habituellement conjointement ou successivement et contribuent ensemble à notre adaptation aux difficultés de la vie quotidienne, comme aux situations difficiles de la vie ou aux traumatismes majeurs.

### **3) le stress et le coping :**

Le stress est défini comme un processus transactionnel entre la personne et l'environnement. Parmi les principaux contributeurs à cette approche, Folkman (1984) considère le stress comme n'étant pas réductible aux caractéristiques de l'environnement ou de l'individu et n'étant ni un stimulus, ni une réponse. Le stress se définit comme une interaction entre la personne et l'environnement, cette relation étant évaluée par l'individu comme pouvant compromettre son

bien-être et nécessitant de ce fait la mise en œuvre de ses ressources, celles-ci étant évaluées comme suffisantes ou non.(Rollon & Antoine, 2008)

Ainsi, dans les théories transactionnelles du stress et le coping, concerne la façon dont l'individu réagit face à ce dernier. Une fois que la transaction a été évaluée, ainsi que les possibilités de contrôle. Le sujet choisit des stratégies de coping pour résoudre la confrontation stressante. Parfois les transactions stressantes permettant aux individus de découvrir ce qui est important dans leur vie, de tester leurs propres limites, d'utiliser leurs « ressources cachées » de découvrir le soutien disponible autour d'eux. (Graziani & Swendsen, 2004)

En effet, confronté à un stressor, l'individu fait diverses tentatives pour faire face aux exigences de la situation, compte tenu de l'évaluation préalable de ses ressources personnelles et sociales. S'il pense, qu'il peut changer quelque chose, il aura plutôt tendance à élaborer des stratégies qui tendent à modifier la situation (centré sur le problème). S'il croit qu'il n'y a pas grand-chose à faire, il élaborera des stratégies tendant à se modifier lui-même afin de supporter la situation (centré sur l'émotion). (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.289) d'autres impliquant des stratégies d'efforts pour solliciter et obtenir l'aide d'autrui (soutien social).(Endler & Parker, 1989)

Toutefois, certains sujets détourneront l'attention de la source du stress (coping évitant), cette stratégie est la plus utilisée. Elle se traduit par la pratique d'un sport, de la relaxation ou le refuge dans les loisirs, etc. l'individu a l'impression que ces activités anéantissent la tension émotionnelle et éprouve un sentiment de bien-être. Ceci dit, le coping évitant peut engendrer une catégorie d'activité plutôt négatives, notamment des addictions (fumer, boire de l'alcool, prend des médicaments) dans le but de fuir la détresse émotionnelle. Contrairement, au coping vigilant qui consiste à

focaliser l'attention sur le problème afin de mieux le contrôler, il inclut des stratégies telles que la recherche d'informations supplémentaires et la mise en place d'une solution pour résoudre le problème. Encore une fois, la vigilance peut aussi conduire le sujet à adapter une attitude négative, quand elle devient obsédée par son problème sans trouver une solution efficace et qu'elle est prise dans une sorte d'hyper vigilance.(Chabrol, 2004)

#### **4) Les différents types de stratégies de coping :**

Selon Lazarus et ses collègues (1978-1984), le coping a deux fonctions principales : il peut permettre de modifier le problème qui est à l'origine du stress, il peut permettre de réguler les réponses cognitives et émotionnelles associées à ce problème et donc de se modifier soi-même, quelles que soient ses fonctions, le coping peut prendre des formes différentes : cognitions, émotions ou comportement. Une stratégie centrée sur le problème ne s'exprimera pas forcément par un comportement et une stratégie centrée sur l'émotion ne s'exprimera pas forcément par une émotion :

##### **4.1) le coping centré sur le problème :**

cette stratégie vise à réduire les exigences de la situations et/ou à augmenter ses propres ressources pour mieux faire face , la vie quotidienne fournit de nombreux exemples de ce type de coping , comme négocier un délai pour payer ses factures rechercher, un emploi mieux rétribué, consulter un médecin, augmenter ses connaissances dans certains domaines, construire un planning, rechercher des informations, et le coping centré sur le problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème comprend deux dimensions plus spécifiques, la résolution du problème(recherche d'informations, élaboration de plans d'action ) et l'affrontement de la situation (efforts et actions directes pour modifier le

problème). Certains auteurs le dénomment coping vigilant (Suls&Fletchre, 1985).

#### **4.2) Le coping centré sur l'émotion :**

Il comprend les diverses tentatives de l'individu pour réguler les tensions émotionnelles induites par la situation, la gestion des émotions peut se faire de diverses façons (émotionnelle, physiologique, cognitive, comportementale). Il existe beaucoup de réponses appartenant à cette catégorie on appelle régulation émotionnelle : les tentatives des individus pour réduire les émotions désagréables. (Gross, 2007)

Parfois, ces efforts pour restreindre ses émotions échouent et l'individu se centre alors sur le problème, notamment lorsque le fait de diminuer les exigences perçues de la situation, est la seule solution pour diminuer les exigences situation est la seule solution pour diminuer les émotions négatives. (Ochsner et Gross, 2004).

#### **4.3) La recherche de soutien social :**

Ce type de stratégies de coping a pour objectif d'obtenir l'aide d'autrui que ce soit pour résoudre directement le problème et/ou pour soulager ou changer l'état émotionnel (Delelis et al, 2011). L'individu peut rechercher des conseils pour régler la situation ou il peut en discuter pour avoir plus d'informations sur la situation. Il peut également se confier à quelqu'un sur ses sentiments afin d'obtenir la compréhension et l'empathie de l'autre et de ne pas s'isoler. Ce type de coping est généralement considéré comme un coping adapté et actif (Lee et al, 2011).

En résumé, on comprend lorsque le sujet se trouve devant une situation stressante il fait face à cette situation, en employant soit des stratégies

centrées sur le problème, ou centrées sur l'émotion ou la recherche de soutien social.

## **5) Les différents modèles de coping :**

Nous avons fait le choix de présenter ci-dessous les différents modèles de coping qui sont à l'origine du concept de coping et leur modèle est la référence encore à l'heure actuelle.

### **5.1) Le modèle animal de l'adaptation :**

Il est issu des théories évolutionnistes, en particulier de Darwin. Très général, il est applicable à tous organismes vivants, et comprend des réponses comportementales automatiques de type attaquer ou fuir, innées et acquises, face à une menace issue de l'environnement. (Pupat, 2004).

### **5.2) Le modèle de la psychanalyse :**

Le coping est associé aux mécanismes de défense, inconscients et rigides, dont la fonction est de diminuer l'angoisse face à des affects inacceptables. Ce modèle a permis de mieux comprendre certaines réactions des individus face à un événement stressant, cependant il ne concerne que la réduction de la tension à un seuil acceptable, de façon inconsciente, et n'inclut pas la résolution du problème. Pour certains, les mécanismes de défense jouent un rôle de filtre entre agent stresser et réponse, pour d'autres, ils sont à considérer comme précurseurs du coping. (Pupat, 2004, p.28)

### **5.3) Le modèle transactionnel :**

Le modèle transactionnel de Lazarus est basé sur une conception de l'homme comme un organisme pensant et actif face aux situations. Il interagit avec son environnement. Ce courant marque une rupture avec une conception comportementaliste radicale d'un homme perçu comme un organisme passif, qui réagit aux stimuli de l'environnement. Le champ du stress est celui qui a le plus bénéficié des apports transactionnels. Lazarus (1995) considère que les

études traditionnelles sur le stress basées sur l'identification des déterminants et des conséquences du stress sont d'un intérêt mineur pour comprendre les ressources des personnes et leur capacité à gérer les situations. Il va mettre l'accent d'une part sur les évaluations cognitives et d'autre part sur le coping. (Rollon & ANTOINE, 2008)

De plus, ce modèle se différencie des précédents par le fait que l'on parle ici du coping comme un processus dynamique et non une simple réaction automatique et répétée conscient et spécifique et non inconscient, générale et stable à une situation qui est évaluée comme stressante ou coûteuse. Dans ce processus, des évaluations constantes de la relation entre l'individu et la situation interviennent, faisant varier les efforts cognitifs et comportementaux. (Pupat, 2004).

Enfin, Le terme « transactionnel fait référence au fait que le personne et l'environnement sont considérés comme entretenant une relation dynamique, mutuellement réciproque et bidirectionnelle.

## **6) Les déterminants de coping :**

Selon l'approche transactionnelle du stress et de coping (Lazarus et Folkam, 1984), le coping est un ensemble des réponses à des situations stressantes spécifiques. Et en fonction de la façon dont l'individu les évalue. Pour certains auteurs, les déterminants de coping sont :

### **6.1) Les déterminants dispositionnels du coping :**

Selon divers auteurs, les stratégies de coping ne sont pas spécifiques, mais générales (trans-situationnelles) car déterminées par certaines caractéristiques dites positionnelles des individus (traits de personnalité) plutôt que par celles, variables, des situations (Bruchon-Schweitzer, 2001). Il existerait des styles

de coping relativement stables, chaque individu mobilise préférentiellement certaines stratégies plutôt que d'autres face à la variété des situations aversives de la vie. Il a été montré en effet que ce ne sont pas les caractéristiques « *objectives* » des événements qui affectent l'individu, mais la façon dont celui-ci les perçoit et les interprète, qui dépend des caractéristiques cognitives et conatives de chaque personne, ainsi que son histoire. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

En effet, le coping-trait est un concept qui a permis de développer les connaissances sur les ressources individuelles. Par exemple, Vollrath, Alnæs et Torgersen (1995) ont réalisé une étude longitudinale avec des patients qui ont consulté en service de psychiatrie. Ils observent, sur une période de 6 ans, que le style de coping centré sur le problème ou la recherche de soutien social est un prédicteur d'une diminution des troubles de la personnalité alors qu'inversement des styles de coping centrés sur les émotions sont des prédicteurs d'aggravation des troubles. Il en résulte que les cliniciens auront avantage à évaluer tout à la fois les mécanismes d'ajustement dans des situations précises ainsi que la tendance à utiliser préférentiellement certaines catégories de coping. (Rollon & ANTOINE, 2008)

### **6.1.1) Les déterminants cognitifs :**

Parmi les déterminants cognitifs de l'évaluation, il ya les croyances de l'individu (sur soi, le monde, ses ressources, ses capacités à résoudre les problèmes et ses motivations générales : valeurs, but, intérêt... etc) un autre déterminant cognitif de l'évaluation et du coping est le lieu de contrôle (interne/externe). Les personnes croyant que ce que leurs comportements (internalité) plutôt que par des causes externes, comme la chance, le hasard, ou le destin (externalité) vont percevoir la situation comme contrôlable et leurs ressources comme adéquates. Elles vont donc élaborer

d'avantage de stratégies centrées sur le problème que les personnes ayant un lieu de contrôle externe. (Heck, 1997 ; Bruchon-Schweitzer, 2001, p.72)

### **6.1.2) Les déterminants conatifs :**

Certaines dispositions personnelles stables (traits de personnalité) pourraient déterminer, au moins en partie, les évaluations (primaires et secondaires) et les stratégies de coping élaborées face à une situation stressante. Ainsi, l'anxiété, le névrotisme, la dépression et l'hostilité prédiraient des évaluations particulières (stress perçu élevé, faible auto-efficacité perçue) et des stratégies de coping centrées sur l'émotion. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

### **6.2) Les déterminants situationnels du coping :**

Beaucoup d'auteurs pensent aujourd'hui que l'évaluation (primaire et secondaire) et le coping étant des processus transactionnels, il dépendant à la fois des caractéristiques des individus et de celles des situations rencontrées. Ainsi, l'évaluation pourrait être influencée par diverses caractéristiques, réelles et perçues, de l'environnement : nature de la menace, imminence, durée, ambiguïté, contrôlabilité du stresser, disponibilité et qualité de soutien social pouvant aider l'individu en cas de besoin. Ainsi les évaluations et stratégies de coping peuvent être influencées, en partie par les caractéristiques de la situation face à un évènement non contrôlable (objectivement et subjectivement), par exemple, l'individu tentera plutôt de gérer ses problèmes émotionnels, alors que si la situation est contrôlable, il utilisera plutôt des stratégies centrées sur le problème. (Bruchon-Schweitzer, 2002)

### **6.3) Les déterminants transactionnels du coping :**

Lazarus et Launier (1978) avaient proposé de classer les évènements non pas objectivement, mais selon l'évaluation (primaire) qu'en faisait les

individus. Or ils découvrirent qu'indépendamment de leurs propriétés intrinsèques, les événements pouvaient être perçus comme des pertes, des menaces ou des défis par des individus différents. Crae (1984) a montré en effet que c'est « *l'évaluation primaire de la situation stressante qui détermine le choix d'une stratégie de coping* ». (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.73)

Ainsi, des facteurs personnels, environnementaux et transactionnels contribuent à l'évaluation primaire et secondaire et à l'élaboration des stratégies de coping.

Donc on distingue qu'il existe trois déterminants de coping, les déterminants dispositionnels (caractéristiques cognitives et conatives de l'individu), c'est-à-dire dépendant du sujet, de son sentiment de contrôle et de certains traits de sa personnalité, qui sont déterminant pour l'évaluation de la situation dont découlera le coping, et situationnelles (nature de problème, contrôlabilité...etc), dépendant de l'événement en jeu, ainsi transactionnels (l'évaluation primaire).

## **7) Les phases d'évaluation de coping :**

Une des caractéristiques majeures et un apport essentiel de la théorie de Lazarus & Folkman (1984) consistent à considérer les phénomènes du stress, du coping et de l'adaptation comme un processus, à l'intérieur duquel l'évaluation cognitive et les stratégies de coping exercent un rôle médiateur entre l'exposition au stressor et la réponse émotionnelle de stress.

### **7.1) L'évaluation cognitive :**

Pour Lazarus et Folkman (1984), ce n'est pas seulement la nature du stressor qui explique l'effet néfaste de la réponse émotionnelle au stress sur la santé, mais également la manière dont un individu perçoit ce stressor et les

ressources dont il dispose pour y faire face ce concept d'évaluation cognitive qui permet ainsi de mieux saisir les différences individuelles dans la réponse émotionnelle à un stressor donné. Lazarus et Folkman(1984) identifient trois dimensions de l'évaluation cognitive : l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et réévaluation. (Desbiens, 2006)

### **7.1.1) L'évaluation primaire :**

Consiste à apprécier la portée de la situation et le niveau de stress perçue, une situation sera perçue comme stressante si elle s'avère menaçante, dangereuse ou comporte un aspect de défi, d'autre part, l'évaluation secondaire évalue les ressources dont dispose une personne pour faire face au stressor.(Lazarus&Folkman, 1984)

### **7.1.2) L'évaluation secondaire :**

Contribue tout comme l'évaluation primaire, à définir le niveau de stress perçue du stressor et la réponse émotionnelle associée. (Lazarus&Folkman, 1984).Ainsi, si une personne perçoit une menace à son intégrité physique (par exemple, l'annonce d'un diagnostic réservé). Elle pourra juger cette situation comme stressante si en plus cette personne perçoit peu de ressources pour y faire face (par exemple, un faible réseau social), le niveau de stress attribuée au stressor risque de l'en trouver encore augmenté, au cours de ce processus et en lien avec l'évaluation cognitive, la personne met en place et applique une stratégie de coping, en terme d'actions cognitives et comportementales.(Lazarus&Folkman, 1984)

### **7.1.3) La réévaluation :**

Consiste alors à apprécier a nouveau la portée et le niveau de stress de la situation, suite a la réponse initiale, en fait la réévaluationse distingue de

l'évaluation primaire seulement par le fait qu'elle survient après cette dernière. (Lazarus&Folkman, 1984)

En résumé, le modèle transactionnel distingue l'évaluation primaire, l'évaluation secondaire et la réévaluation ainsi que les stratégies d'ajustement. Cet enchaînement est en fait une boucle qui ne prend fin que lorsque l'environnement ne représente plus un danger, une menace ou un défi. Les évaluations cognitives correspondent à l'ensemble des processus de pensée par lesquels une personne développe une « compréhension » personnelle d'une rencontre particulière avec son environnement. Dans ce qui suit, on va présenter les sources du coping.

## **8) les sources de coping :**

Il existe trois sources du coping qui sont les suivantes :

### **8.1) Le sexe :**

Le sexe semble influencer l'emploi des stratégies de coping, les femmes sont décrites comme utilisant plus de réponses émotionnelles dans la confrontation au stress, utilisant peu de stratégies de résolution de problème, et ayant peu de ressource de coping. (Graziani&Swendsen, 2004, p.102).

Les femmes utilisent plus de stratégie de retournement contre soi, et des stratégies d'attention sélective (dénier sélectif), et utilisent moins de distraction par rapport aux hommes. Ces recherches tendent à montrer que les femmes expérimentent plus de souffrance et utilisent un coping qui est efficace, elles emploient moins de coping culturellement désirable, comme la résolution de problème, et plus de coping émotionnel, comme la recherche de support sociale ou des stratégies d'évitement. (Graziani&Swendsen, 2004).

### **8.2) La religion :**

La religion intervient aussi comme modérateur de l'adaptation, le coping religieux peut être défini comme l'emploi de techniques comportementales et cognitives, face à des situations stressantes, qui sont suggérées par sa propre religion ou spiritualité. Le coping religieux a été associé à un niveau moins élevé de stress occupationnel chez des officiers de police et leurs épouses, et à une santé mentale générale meilleure et un bien-être chez des patients cancéreux. Des exemples de coping religieux incluent le fait de prier, confesser ses péchés, rechercher la force et le réconfort en Dieu face à un événement particulier. (Graziani & Swendsen, 2004, p.103).

### **8.3) Le sport :**

Le sport aussi modère l'impact de l'agression stressante, une activité physique vigoureuse réduit l'anxiété et améliore l'humeur. L'impact des stressors intervenant après une activité physique était diminué par celle-ci. L'exercice physique est associé à une inhibition temporaire des mécanismes de stress. Cet effet peut être secondaire à une modification de l'humeur intervenant chez des sujets qui font de l'exercice physique, mais ces exercices n'ont pas d'impact sur les changements psychologiques des sujets anxieux à long terme. (Graziani & Swendsen, 2004, p.103).

### **9) L'efficacité des stratégies de coping :**

Il est important de préciser qu'une stratégie de coping est efficace (ou fonctionnelle), si elle permet à l'individu de maîtriser la situation stressante et diminuer son impact sur son bien-être physique et psychique.

Selon Lazarus et Folkman (1984) les stratégies de coping ont pour objet de diminuer l'intensité de stress pour le rendre plus tolérable. Certains auteurs tel que Carver & Scheier (1994) ont considéré qu'une variété de stratégies de coping pourrait se distinguer par un rôle fonctionnel (par exemple, la

planification, le contrôle), ou dysfonctionnel (par exemple, le désengagement mental ou comportemental, le déni).

Les stratégies de coping centrées sur le problème avaient des effets fonctionnels, alors que les stratégies émotionnelles et évitantes avaient des effets plutôt dysfonctionnels.

Mais ces effets ne sont pas systématiques et on a signalé au passage quelque exception. Un coping centré sur le problème a parfois un impact négatif sur la qualité de vie ultérieure. Quant au coping évitant, il peut s'avérer parfois protecteur, parfois dysfonctionnel, selon le type de la situation affrontée ». (Bruchon-Scheitzer, 2002, p.383). Donc on peut juger que l'efficacité de stratégies de coping est relative.

En outre, d'après Matthews, Zeidner et Roberts (2002), pour affirmer qu'un coping est efficace, il faudrait s'appuyer également sur un certain nombre de critères, dont ceux concernant la résolution sur l'efficacité des stratégies de faire face, ces critères concernant la résolution du problème perçu comme stressant, l'élimination du facteur stressant, la réduction de l'éveil et de la détresse psychologique ou psychique, la maintenance d'une estime de soi positive, l'amélioration du bien-être physique ou psychique, l'efficacité perçue ou l'impression de l'individu que le coping qu'il a déployé a été utile. (Dinca, 2008).

Dans l'ensemble, les stratégies se qualifient d'adaptées (positives, fonctionnelles) à inadaptées (négatives, dysfonctionnelles). Bien qu'il existe une variété de coping, les individus tendent généralement à utiliser un style plutôt qu'un autre puisque ces stratégies tendent à demeurer stables dans le temps (Chabrol & Callahan, 2004). Le style de coping principalement utilisé peut être influencé par plusieurs facteurs, notamment les traits de personnalité (Chabrol & Callahan, 2004 ; Mariage & Schmitt-Fournier, 2006). Dans ce qui suit nous allons présenter le coping et personnalité borderline.

### **10) Le style de coping et les traits de personnalité :**

La majorité des travaux sur le faire face et la personnalité est fondée sur le modèle aux cinq facteurs (nervosisme, extraversion, agréabilité, conscience et ouverture à l'expérience). Ils se sont axés sur le nervosisme, parce que ce trait implique l'instabilité et des efforts de faire face dirigés sur l'émotion. La plupart des recherches ont mis en évidence que le nervosisme était lié à un faire face inadapté. Une étude de Costa et Crae (1989) montre, ainsi, que le nervosisme est lié à une augmentation du faire face névrotique (dénigement, évitement) et une diminution du faire face mature (intellectualisation, humour). (Nicchi & Le Scanff, 2005)

Dans l'ensemble, les individus présentant un haut niveau de nervosisme tendent à utiliser des stratégies principalement négatives et inadaptées, mais peuvent également en utiliser des positives et des plus adaptées.

Quant à eux, l'extraversion et le caractère consciencieux tendent à être en lien avec des stratégies adaptées (Panayiotou et al, 2014), c'est-à-dire celles centrées sur le problème (Connor-Smith & Flachsbart, 2007; Roesch et al., 2006). De plus, l'extraversion, le caractère consciencieux ainsi que l'ouverture à l'expérience sont des traits de personnalité associés à des stratégies mesurées par le Brief COPE telles que l'utilisation de la réinterprétation positive, à l'humour et à l'acceptation qui sont adaptées (Roesch et al., 2006). Enfin, l'agréabilité ou l'attrait social démontre une association positive avec le coping actif et l'humour au Brief COPE (Roesch et al, 2006).

De façon générale, les individus présentant un haut niveau d'extraversion, un caractère consciencieux, une ouverture à l'expérience et une agréabilité ou un attrait social tendent à utiliser un style de coping majoritairement positif et adapté comparativement aux individus présentant un haut niveau de nervosisme.

### **11) Le coping et trouble de personnalité borderline :**

Il existe très peu de recherches sur le coping en fonction des troubles de la personnalité (dont le trouble de personnalité borderline).

Selon Summerfeldt et Endler, dans une étude datant de (Connor-Smith &Flaschsbart, 2007), certaines qualité des troubles de la personnalité évoquent un coping mal adapté. Ces traits incluent la rigidité, l'instabilité, l'incapacité à réguler son émotions et d'accepter l'émotion d'autrui.

Mais la relation coping / trouble de la personnalité n'est pas nécessairement à sens unique de coping mal adapté associé aux troubles de personnalité peut être, en soi, une source de stress importante, l'incapacité de la personne à faire face l'amènera dans un cercle vicieux ou le coping induit une mauvaise adaptation, qui induit à son tour des stratégies encore moins adaptées. (Callahan& Chabrol, 2013)

De ce fait, un lien existerait entre les troubles de la personnalité et les stratégies de coping inadaptées et dysfonctionnelles (Wijk-Herbrink et al, 2011). Cependant, l'ensemble des troubles de la personnalité sont corrélés négativement à la recherche de support social, particulièrement la personnalité schizoïde, paranoïaque, schizotypique, évitante et la personnalité passive-agressive. À l'inverse, tous les troubles de la personnalité ont été positivement corrélés à l'évitement, notamment la personnalité évitante et borderline.

### **12) Quelques instruments de mesures du coping :**

Nous avons choisi de décrire quelques uns des outils les plus utilisés, parmi les plus connus, les plus prometteurs et ceux dont les qualités psychométriques sont satisfaisants.

### **12.1) La SCL-90-R :**

La SCL-90-R est un questionnaire d'auto-évaluation créé par Derogatis (1977). La version utilisée a été traduite et validée par Fortin & Coutu (1985). Il reflète les traits psychologiques des patients somatiques ou psychiatriques. Il est composé de 90 items qui correspondent, entre autres, aux neuf dimensions symptomatiques primaires envisagées au cours de l'étude : Somatisation (SOM), Compulsion-Obsessions (OBS), Sensitivité interpersonnelle (INP), Dépression (DEP) Anxiété (ANX), Hostilité (HOS), Phobie (PHO), Idéation paranoïde (PAR), Psychotisme (PSY). (Mariage, 2001).

### **12.2) Le COPE ou BriefCope :**

Carver, Scheider et Weintraub (Schwarzer & Schwarzer), ont construit le questionnaire COPE qui est une mesure applicable à de nombreuses situations stressantes. Les auteurs de cet outil ont proposé d'ajouter à l'évaluation de ces deux grandes dimensions de coping, d'autres nouvelles dimensions : la ventilation des émotions négatives, le désengagement comportemental, le désengagement mental ou encore la consommation des substances telles que l'alcool ou la drogue. Les études de validation sur le COPE trouvent des coefficients de circonstance interne satisfaisants, et ceci pour les aspects de disposition et de situation du coping. La structure factorielle correspond largement aux prédictions théoriques et des différences interindividuelles ont été mises en évidence (Kramer, 2005), le briefCope sera traduit en langue française en 2003 par Muller et Spitz. (Muller & Spitz, 2008)

### **12.3) La CISS d'Endler et Parker (1990)**

Le CISS (Coping Inventory For Stressful Situations) d'Endler et Parker (1990) est actuellement l'outil le plus satisfaisant. L'objectif de départ

des auteurs était de distinguer deux dimensions, un coping centré sur l'émotion et un coping centré sur le problème. Un premier inventaire de 70 items fut administré à 559 étudiants en 1988 et l'analyse factorielle des réponses donna 3 dimensions (problème, émotions, évitement). Cette structure fut retrouvée sur 4 nouveaux groupes et finalement 48 items furent sélectionnés (16 par facteur). Cet inventaire a donné des résultats stables quels que soient l'âge, le sexe et la culture des sujets. On dispose ici d'un instrument ayant d'excellentes qualités psychométriques. (Bruchon-Schweitzer, 2001, p.75).

C'est cette dernière mesure, qu'on a retenu dans notre travail, car elle répond à notre problématique et à notre thème de recherche. Il nous permet de décrire et d'identifier le type de stratégie de coping mobilisé par les sujets borderline hospitalisés en psychiatrie.

### **13) La stabilité des stratégies de coping :**

Des recherches récentes suggèrent à la fois une certaine stabilité et une variété considérable des styles de coping. Les individus devraient avoir acquis certaines préférences pendant les interactions stressantes antérieures, et être prêts à généraliser leurs expériences à travers le temps. Les ressources personnelles sont aussi considérées comme stables et générales à travers les situations. Les caractéristiques de personnalité et de coping précédent et déterminent la perception de la situation stressante qui affecte le bien-être mentale de l'individu. Les capacités de coping sont présentes en permanence et ne sont pas provoquées après la perception du stress. Wearing et Hart (1996) trouvent que si un individu choisit un coping centré sur l'émotion dans un domaine, il aurait tendance à l'utiliser aussi dans un autre domaine. Dolan White (1988) montrent que les individus utilisent des stratégies de coping

relativement répétitives face aux différents stressseurs du quotidien. (Graziani & Swendsen, 2004).

### **Synthèse du chapitre :**

A travers ce chapitre, nous avons vu que le coping joue un rôle très important dans l'adaptation. Il désigne les réactions, réponses, que l'individu va élaborer pour maîtriser ou simplement tolérer la situation aversive, qui peut être la maladie et ses complications. Notamment les sujets souffrants de trouble de personnalité borderline sont liés à un faire face inadapté. En effet, nous considérant que l'utilisation de stratégies de coping inadaptées peut être associée à une détresse émotionnelle et à une plus faible qualité de la vie.

Avec ce chapitre on termine la partie théorique, et on passe à la partie pratique qui elle-même divisées en deux chapitre le premier c'est la méthodologie de la recherche et le deuxième c'est la présentation, analyse et discussion des hypothèses.

*0« A tous les patients borderline qui souffre*

*Et dont la profonde souffrance n'est pas*

*Toujours comprise par les autres. »*

*Mehran, 2011*

A l'image de la plupart des tendances humaines, le fonctionnement d'une personnalité est distribué le long d'un continuum. Au cœur du fonctionnement et de l'adaptation figure les modalités particulières de pensées et de compréhension des individus à propos d'eux-mêmes et de leurs interactions avec les autres. Chaque personne présente des traits de personnalité qui définissent sa personnalité. Lorsque les traits sont inflexibles et inadaptés, ils mènent l'individu à vivre de nombreuses difficultés chroniques dans plusieurs sphères relationnelles de sa vie et une grande souffrance. C'est à ce moment que l'on parle de trouble de personnalité, en particulier nous envisagerons la personnalité borderline ou d'état limite.

Le trouble de personnalité borderline, a pour principale caractéristique une profonde instabilité émotionnelle, l'existence de difficultés interpersonnelles, sous-tendues par une peur du rejet et de l'abandon conduisant à l'émergence d'une douleur psychologique et sociale, ainsi l'impulsivité sous forme de comportement auto-agressif et de conduites addictives. Toutefois ce trouble n'est pas uniquement synonyme de difficultés ces personnes concernées possèdent souvent des aptitudes particulières et peuvent être très créatives, vivantes et capables d'enthousiasme. Les sentiments négatifs ne sont pas les seuls à être très intensément éprouvés, puisqu'il en va de même des sentiments positifs comme la joie ou l'amour. Cependant ces sentiments peuvent rapidement basculer, la joie se transformer brusquement en désespoir, ou l'affection en colère.

Dans ce cadre, le DSM5 définit le trouble de personnalité borderline comme : « *la caractéristique typique d'une personnalité borderline sont l'instabilité de l'image de soi, des objectifs personnels, des relations interpersonnelles, et des affects accompagnée d'impulsivité de prise de risque/ou d'hostilité.* » (DSM5, 2015, P.901)

De son côté, Sillamy (2003) définit le terme « cas limite » ou « état limite » comme un état intermédiaire entre la structure névrotique et la structure psychotique. En outre, le trouble de personnalité de type borderline, est, selon Audiard (2009), « *un trouble caractérisé par un ensemble de traits dominés par l'instabilité, que ce soit dans les relations, les affects ou l'image de soi, et souvent avec une dimension notable d'impulsivité* » (Audiard (2009) ; cité par Fierdepied, 2015, P.18)

Selon l'OMS, la prévalence du trouble de personnalité borderline varierait de 2 à 3% de la population générale et représente 15% de la population psychiatrique. Environ de 60 à 70 % des borderline feront une ou plusieurs tentatives de suicide dans leur vie. De plus, les diagnostics du TPB est deux fois plus fréquemment chez les femmes. (OMS, [www.who.int/mental-health](http://www.who.int/mental-health), 2017)

En Algérie, les troubles mentaux constituent aujourd'hui une sérieuse problématique dans la société. Selon des études en Algérie, la prévalence des troubles mentaux est très élevée dans la population générale, puisqu'elle atteindrait 60 % dans ce pays. Les pathologies les plus fréquentes en psychiatrie au premier rang, c'est la schizophrénie, au deuxième rang viennent les troubles thymiques (dépression et manie), et les troubles du comportement (dont le trouble de personnalité borderline). (<https://www.Liberte-Algerie-com/ouest/la-psychiatrie-selon-les-normes-de-l'OMS-226890/2010>)

De ce fait, le nombre de personnes atteintes de TPB en Algérie spécialement demeure inconnu seulement des données parcellaires sont recueillis car aucune études épidémiologique n'a été réalisée à ce jour.

Par ailleurs, les études menées sur le sujet borderline sont certes complexes mais extrêmement riches. Le terme de « limite » n'est donc pas récent. Il est surtout utilisé par les auteurs d'influence analytique. C'est le plus souvent à Stern en (1938), que l'on attribue ce terme qu'il utilise dans les années 30 pour évoquer les « névroses borderline ». Il insiste sur l'hypersensibilité des sujets, leur faible estimer de soi. Il décrit une angoisse massive et l'importance majeure de la relation à l'autre. De son côté, Kenberg (1975), propose le terme « d'organisation limite », pour cet, auteur, ce second terme évoque un état transitoire entre névrose et psychose là où lui conçoit un état stable. Dans la même année, Bergeret (1975), les états limites, ce ne sont ni des névroses ni des psychoses. Il s'agirait d'une a-structuration limite de la personnalité. L'état limite est une pathologie du narcissisme dans laquelle la relation d'objet est centrée sur la dépendance anaclitique à autrui. Par la suite, Green (1990) on rencontre chez les sujets limites un défaut de fonctionnement de l'aire transitionnelle qui conduit à la création de symptômes, pour lui, les cas –limites forment un carrefour entre névrose ; psychose et perversion montrent ainsi leur indétermination structurelle. En dernier, selon Carros (2009) « vers la fin des années, 1980 », le TPB a été intégré comme une maladie psychique dans les systèmes de classification utilisés en psychiatrie. Le terme « borderline » se traduit par la « ligne frontière ».

Ainsi, toute maladie durable, notamment mentale ainsi que toute situation de handicap psychique affectant un adulte a des répercussions sur le fonctionnement de ce dernier. Un trouble de la personnalité peut engendrer à des degrés variés, des retentissements psychosociaux et des déficits touchant à plusieurs aspects du fonctionnement de la personne concernée. L'ensemble de

ces choses est susceptible d'affecter la qualité de vie et le type de coping du sujet en question et de ce fait porter atteinte au vécu psychologique de la maladie.

Dans le cadre de cette présente recherche, on a opté pour la qualité de vie et les stratégies de coping comme indicateurs cliniques ainsi le vécu psychologique de la maladie et ce pour décrire et estimer la nature de la qualité de vie attribuable au TPB et d'identifier les ressources que les sujets borderline mettent en œuvre face à des situations stressantes.

Dans ce cadre, la qualité de vie, est la satisfaction ressentie par un sujet dans les différents domaines de sa vie et le sens général de son bien-être personnel. Une bonne santé mentale est le fondement du confort d'un individu et favorise une bonne qualité de vie.

L'OMS (1994), à son égard, définissait la QLV comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept complexe, largement influencé par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. De son côté, Vetter et al (1981) décrit la QLV comme le degré de satisfaction qu'un individu ressent par rapport à sa vie et ce qui l'entoure. C'est aussi le degré selon lequel une personne évalue positivement sa vie dans son ensemble.

Par ailleurs, il est communément admis que le TPB comme la majorité des troubles de santé mentale peut avoir un impact négatif sur les activités de la vie quotidienne et donner lieu à une souffrance et un mal-être affectant la qualité de vie globale. Les études contrôlées relatives à l'évaluation de la QLV des patients atteints de TP (dont le TPB) sont très réduites à ce jour. Selon l'OMS

(2001), les troubles mentaux et du comportement perturbe profondément la vie des personnes touchée et de leur famille. La QLV des personnes atteints de troubles de santé mentale est reconnue comme étant moindre que celle de la population générale en raison de leur conditions psychiatriques (Dickerson et al, 2008 ; Vetter & Wodden, 2010). Les symptômes négatifs de la maladie (replie sur soi, diminution de la participation dans des activités traditionnelles, et altération des capacités à communiquer...etc) sont inversement proportionnels à la QLV.

Ainsi, une étude qualitative suédoise sur l'adaptation face à la vie des sujets limites, réalisée par Falkof & Hagland (2010), montre que ces sujets possèdent une incompétence dans les occupations : une pauvre organisation des activités dans tous les domaines, un état affectif qui a un impact important sur la réalisation des activités, insertion et maintien au travail difficile, et une vie perçue comme « pleine d'obligation ». Cependant, ils n'ont pas les habiletés nécessaires pour identifier et exprimer leurs émotions, ce qui leur génère un mal-être important, qui se répercute sur leur QLV.

Dans ce cadre, lorsque la maladie survient, il importe alors de voir comment cette intrusion remet en question la santé et la QLV de la personne. Mais il convient aussi de tenir compte de la façon dont le sujet réagit où fait face à ses troubles et à ses souffrances. Nous avons donc le coping qui est en quelque sorte, l'ensemble des processus qu'un individu interpose entre lui et l'événement perçu comme menaçant, pour maîtriser, tolérer ou diminuer l'impact de celui-ci sur son bien-être physique et psychologique.

Selon Lazarus & Folkman (1984), le coping est actuellement défini comme l'ensemble des efforts cognitifs et comportementaux destinés à maîtriser, réduire ou tolérer les exigences internes ou externes qui menacent ou dépassent les ressources d'un individu. Cette riposte, nommée par « stratégies de coping ». En

d'autres termes, le coping désigne les réponses, les réactions que l'individu élabore pour maîtriser, réduire ou simplement tolérer la situation aversive. Dans la littérature, une diversité de catégorisations des réactions de coping a été proposée, sont alors ainsi définies : le coping orienté vers la tâche, décrit les efforts pour résoudre le problème ; le coping orienté vers l'émotion, décrit les réactions émotionnelles dans le but de réduire le stress, ainsi le coping orienté vers l'évitement, décrit les activités et les modifications cognitives visant à éviter la situation stressante.

Dans l'ensemble, les stratégies de coping se qualifient d'adaptées (positives, fonctionnelles) à inadaptées (négatives, dysfonctionnelles). Bien qu'il existe une variété de coping, les individus tendent généralement à utiliser un style plutôt qu'un autre puisque ces stratégies tendent à demeurer stables dans le temps. Le style de coping principalement utilisé peut être influencé par plusieurs facteurs, notamment les traits de personnalité.

Toutefois, les recherches sur les traits de personnalité pathologique et les stratégies de coping sont très peu nombreuses (Chabrol & Callahan, 2004; Wijk-Herbrink, Andrea & Verheul, 2011). Certains auteurs, tels que Millon (1981) et Vaillant (1994), sous-tendent que le coping pourrait être à la fois la cause et la conséquence des troubles de personnalité alors que d'autres, tels que Vollrath, Alnaes et Torgersen (1995), supposent que le coping pourrait être un facteur contribuant au développement d'un trouble de la personnalité (Bijttebier & Vertommen, 1999). Un lien existerait entre les troubles de la personnalité et les stratégies de coping inadaptées et dysfonctionnelles (Wijk-Herbrink et al, 2011). Tous les troubles de la personnalité ont été positivement corrélés à l'évitement, notamment la personnalité évitante et borderline. Ainsi, cette étude indique que les individus présentant un trouble de la personnalité ont tendance à avoir recours à des stratégies inadaptées et dysfonctionnelles.

Une étude plus récente sur le coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence de la part de l'institut (CPPAAS) repère le coping comme un facteur protecteur contre le suicide. De plus, on retrouve que les sujets adultes ayant un TPL ont davantage recours à deux styles de coping : le coping centré sur l'émotion et le coping évitant. Dans le même sens, Gardner et al, retrouvent une forte corrélation positive entre TPL et le coping sur l'émotion. (Knafo., Labelle., GUILLE, 2014)

Pour la réalisation de notre recherche portant sur « la qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline », on a opté pour l'approche cognitivo-comportementale, puisqu'elle a déjà fait ses preuves cliniques et empiriques en termes de leur efficacité qui permet d'étudier ce type de sujet en fournissant les outils conceptuels à même de décrire et d'expliquer le vécu psychologique du trouble borderline chez nos sujets de recherche. Cette approche mis l'accent sur les cognitions, les émotions, les comportements et sur les problèmes actuels pour trouver les origines des symptômes, ce qui nous permettra en perspective de comprendre, décrire et estimer la qualité de vie des sujets borderline et le type de stratégie de coping mobilisé par eux pour y faire face aux situations stressantes.

Ainsi, pour décrire et apprécier la qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline et pour vérifier nos hypothèses, nous avons choisi de recourir à l'entretien semi-directif armé d'un guide d'entretien, à l'échelle de SF-36 pour la qualité de vie et l'échelle de CISS pour les stratégies de coping.

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

- **Question générale :**
  - Quelle est la nature du vécu psychologique chez les sujets borderline ?

- **Questions partielles :**

- 1- Quelle est la nature de qualité de vie chez les sujets borderline ?
- 2- Quel est le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline ?

- **Hypothèse générale :**

- La nature du vécu psychologique chez les sujets borderline est négative

- **Hypothèses partielles :**

- 1- La nature de qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise
- 2- Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion.

- **L'opérationnalisation des concepts clés de la recherche :**

- **La qualité de vie :**

C'est un état complet de bien-être physique, psychologique et social : satisfaction globale du sujet. C'est un ensemble extrêmement complexe comprenant plusieurs dimension (bonheur, bien être matériel, bien être subjectif, santé mentale, santé physique).

- **Qualité de vie positive :**

Une bonne santé physique et mentale : Contentement (satisfaction, humeur, plaisir), un bien-être émotionnel, Concept de soi (identité, estime de soi), activités et loisirs, vie sociale épanouie, vie affective harmonieuse, une bonne situation matérielle, Un bon Statut financier.

- **Qualité de vie négative :**

Une mauvaise santé physique et mentale, aucun contentement, n'est satisfaction, n'est plaisir, une instabilité émotionnelle, restriction de la vie sociale, une carence affective, souffrance, une mauvaise situation matérielle et financière.

- **Les stratégies de coping :**

- Elle est une variable dépendante de la situation.
- Le coping désigne la façon de s'ajuster aux situations.
- C'est une réponse pour faire face à une situation stressante.
- Elle met en place des réactions stratégiques, comportementales et cognitives : L'émotion, Le problème, L'évitement

- **Les sujets borderline :**

La personnalité borderline se traduit par :

- une instabilité dans les relations interpersonnelles (changements fréquents d'amis, de partenaire, de milieux professionnels, tendance à la manipulation, etc.)
- des comportements impulsifs, voire à risques, au plan sexuel, de la conduite de véhicules ou d'expérimenter des drogues
- être envahit par de fortes émotions, tantôt exaltantes, tantôt déprimantes.
- Mauvais contrôle des émotions conduisant à l'agressivité.
- Comportement suicidaire.
- Peur de la solitude conduisant à l'anxiété ou à de brefs épisodes dépressifs.

**Préambule :**

La méthodologie est primordiale pour tout projet de recherche dans toutes les disciplines. La clinique met en œuvre une expérience particulière, réglée par une méthode, qui aboutit à des descriptions de faits transmissibles. Elle permet d'appréhender des faits de diverses natures que l'on regroupe sous des rubriques permettant de les associer de manière homogène (faits mentaux, faits discursifs, faits comportementaux, faits caractériels et somatique).

Dans ce chapitre, nous allons présenter l'allure qu'a prit notre travail de recherche. En premier lieu nous exposerons, les limites de la recherche, puis nous définirons la méthode utilisée, ensuite nous allons présenter le lieu et le groupe de notre recherche, par la suite nous mettrons en avant les outils de recherche qu'on a employés et leurs analyses, nous évoquerons le déroulement de l'enquête, l'attitude du chercheur et enfin les difficultés de la recherche.

**1) Limites de la recherche**

- Limite spatiale : Le service de psychiatrie Hommes/ Femmes.
- Limite du temps : Du 10 Janvier 2018 au 01 Mai 2018
- Limite du groupe : l'enquête s'est portée sur cinq personnes qui souffrent du trouble de personnalité borderline.
- Outils : Entretien de recherche semi-directif et deux échelles complémentaires La SF36 et la CISS.
- Approche : TCC.

### 3) Méthode utilisée dans la recherche

Nous avons retenu la méthode clinique qui est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes des sujets souffrants et qui doit se centrer sur l'étude de cas. Une méthode qui va nous permettre de décrire, de comprendre, et d'observer la conduite de nos sujets de recherche et surtout à les étudier de manière singulière. De ce fait, elle nous permettra de décrire et d'analyser les répercussions du trouble de personnalité borderline sur la qualité de vie de nos sujets de recherche et d'identifier le type de stratégies de coping pour y faire face à leurs difficultés.

*La méthode clinique envisage : « la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits »* (Chahraoui & Bénony, 2003, p.11).

De ce fait, La méthode clinique « est une méthode historique. Son concept repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés. Cela tend à répondre à la question, pourquoi suis-je aujourd'hui ce que je suis, à savoir finalement le fruit de mon passé. Et l'objectif de la recherche clinique est d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui et aussi d'acquérir beaucoup d'informations à son sujet » (Fernandez & Pedinielli, 2006, p.43).

La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. La méthode clinique comporte deux niveaux

---

complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens.....) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats\* le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'implique pas toutes les situations cliniques, notamment celle qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. (Fernandez & Pardinielli, 2006)

Les recherches en psychologie clinique, font principalement appel aux méthodes descriptives qualitatives. Dans cette méthode, le chercheur part d'une situation concrète comportant un phénomène particulier qu'il ambitionne de comprendre et non de démontrer, de prouver ou de contrôler. Il veut donner sens au phénomène à travers ou au-delà de l'observation, de la description de l'interprétation et de l'appréciation du contexte et du phénomène tel qu'il se présente.

Dans notre recherche nous avons donc choisi d'adopter l'approche descriptive qui fait recours à des techniques de recherche qualitatives pour étudier des faits particuliers. Parmi ces techniques nous avons aussi choisi l'étude de cas, parce que celle-ci va nous permettre de décrire, de comprendre et d'analyser les répercussions du trouble de personnalité borderline sur la qualité de vie et d'identifier le type des stratégies de coping employées par nos sujets pour faire face au stress et à leurs difficultés, tout en tenant compte de leur histoire de vie et de leur situation.

Ainsi « *L'étude de cas permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretiens, tests projectifs, questionnaires,*

---

*échelles cliniques, témoignages de proches) afin de comprendre au mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. L'objectif de l'étude de cas est donc d'élaborer des hypothèses » (Chahraoui & Bénony, 2003, p.126).*

En outre, l'étude de cas est une méthode capitale pour apprendre à mettre en forme la complexité d'un individu confronté à des événements générateurs de souffrance. L'étude de cas permet le recueil de données concernant un sujet, ces données doivent être riches, diversifiées, subjectives, étendues. Et la production, d'une représentation ordonnée, explicative, qui rende compte des éléments déterminants de l'histoire et de la subjectivité de la personne concernée. Cette représentation doit satisfaire aux principes de totalité et de singularité. (Pardinielli & Fernandez, 2015)

De plus, « *L'étude de cas peut faire l'objet d'une synthèse des éléments recueillis grâce aux outils traditionnels qu'utilise le psychologue dans sa pratique dite « armée ».* » (Ionescu & Blanchet, 2013, p.54)

Dans ce sens, l'étude de cas, est donc une étude en profondeur du comportement d'un individu ou d'un groupe afin d'en fournir une description détaillée qui peut être analysée. Elle nécessite la collecte de données nombreuses en vue de montrer la complexité de certains problèmes humains. L'étude de cas constitue une bonne source d'information. Elle vise à obtenir une information

---

exhaustive au sujet d'un cas (personne, groupe ou phénomène). Dans ce qui suit, nous allons présenter et illustrer le lieu de recherche.

### **3) Lieu de recherche :**

On a effectuée notre stage de Master II en psychologie clinique dans un service de psychiatrie mise en place à l'hôpital de FRANZT FANON, situé dans la wilaya de Bejaia.

- **Histoire de l'hôpital Frantz Fanon**

L'hôpital Frantz Fanon est un hôpital algérien situé à Béjaïa, qui dépend du Centre hospitalier universitaire de Béjaïa. Il a été fondé en 1896. Suivant un acte publique en date de 07/08/1878 Mr et Mme Troncy on fait donation à la commune de Bougie d'un immeuble situé à la rue de trêve place dit du train, pour servir a la construction d'un hôpital civil dans la localité. La commission de surveillance de l'ambulance de bougie a été autorisé à accepter cette donation par arrêt de Mr le préfet de Constantine en date de 28/09/1879 par décret du 08/03/1883 de Mr le Président de la République a fait concession gratuite a titre de donation à l'hôpital civil de bougie (Frantz Fanon actuellement) des immeubles domaniaux situés à Bougie.

Le dit immeuble (offert par Mr et Mme Troncy) mis en vente le 09/11/1889 à été adjugé à Mr le général Surney pour la somme de 40200 Franc qui ont été employé concurremment avec les fonds de subvention du gouvernement général à la construction de l'hôpital actuel. Par décret présidentiel du 03/06/1893, il est fait concession gratuite à l'hôpital civil de Bougie d'un terrain domanial de la contenance de 6354.23 ancien Franc. D'après les archives du répertoire des malades hospitalisés on n'a déduit que l'hôpital a commencé ses activités en janvier 1896.

A sa construction, il été nommé « Hôpital Civil de Bougie ». Vers les années 50, il été nommé « Hôpital Régional de Bougie » d'après les archives, a cette époque, il été composé des Services suivants : Service TRONCY pasteur de médecine « F ET H », service GERARD de chirurgie « H », service PERRRUSSET de chirurgie « H », service RAMBERT de chirurgie « F » et maternité, service GERARD BIS d'ophtalmologie et ORL, service CURIE de phtisiologie et isolement « F », service LEBLANC de phtisiologie et isolement « H », service LEGRAIN militaire, service ALIENES DE PSYCHIATRIE, service GENERAUX, service RADIOLOGIE, Camion d'ophtalmologie, et laboratoire d'analyse divers service administratifs.

Quelques années après l'indépendance, il a prit le nom du « Secteur Sanitaire de Bejaia ». Après l'inauguration de l'Hôpital Khelil Amrane en 1991, il devient « Hôpital Frantz Fanon » du nom du célèbre psychiatre Français, connue pour son engagement en faveur de l'indépendance de l'Algérie durant la guerre de libération (1954-1962). (<http://www.chubejaia.dz//>)

### • **Présentation de service psychiatrique**

Celui-ci est un lieu de soin médical d'adultes anonyme, gratuit et en permanence. Qui prend en charge thérapeutique les malades mentaux et l'hospitalisation en cas d'urgence.

- Date de création : 1896
- Nombre d'unités : 02
  - a. Le service homme : il se compose d'une salle commune qui contient 12 lits et d'un bloc d'isolement avec 06 chambres, ainsi une coure, une salle de visite, un bureau du chef de service et un autre pour les urgences accompagné d'une salle d'attente, plus une salle de soins.

- b. Le service femme : il se compose d'une salle commune qui contient 08 lits et 03 chambres d'isolement, une petite cour, une cuisine, une salle de visite, un bureau de consultation et un autre pour le médecin-chef.
- Activité principale :
  - Hospitalisations
  - Consultations d'urgence
  - -Ergothérapie (réhabilitation),
  - Enseignement, formation pédagogique (médecins, résidents paramédicaux et psychologues)
- Personnel médical :
  - Chef de service : 01 (Professeur en psychiatrie)
  - Médecins Généralistes : 02
  - Médecins Spécialistes : 08
  - Hospitalo-universitaire : 06 résidents et 04 internes
  - Personnel paramédical : 14
  - Psychologues : 02

#### 4) Groupe de recherche

Notre travail de recherche s'est effectué auprès des sujets borderline hospitalisés au sein de service psychiatrique de Béjaia. Nos sujets de recherche concernent la catégorie d'âge adulte entre 18-65 ans comme précisé par l'OMS. Nous avons effectué notre travail de recherche auprès de cinq cas dont trois femmes et deux hommes âgés entre 24 à 36 ans.

Les critères sur lesquels on s'est basé pour la sélection des cas sont les suivants:

- **Critères d'inclusion :**
  - Les sujets ayant un trouble de personnalité borderline qui veut dire que le diagnostic a été posé par le psychiatre de service et versé dans le dossier du patient.

- 
- Les sujets du groupe de recherche doivent avoir plus de 18 ans, en raison des outils de recherche utilisés et parce qu'on a défini l'apparition de trouble de personnalité borderline à partir de l'âge de 18 ans selon les critères diagnostiques de DSM5.
  - Les sujets borderline doivent être hospitalisés en psychiatrie parce que notre recherche porte sur les sujets borderline hospitalisés.
  - Les sujets borderline qui ne sont pas au moment d'agitation ou de crises et qui ne présentent pas de trouble de langage ce qui nous facilite la communication et qui permet la passation des outils de recherche.
  - **Critères d'exclusion :**
    - Les sujets ayant moins de 18 ans parce que selon les critères diagnostiques de DSM5 ils ne sont pas considérés comme étant des sujets borderline.
    - Les sujets en état d'agitation et de crise, parce que les questions de notre guide d'entretien et les échelles que nous avons utilisés ne leur sont pas adaptés.
    - Les sujets ayant des troubles de langage car ça empêche la communication.
    - Nous n'avons pas pris en considération le sexe, le niveau d'instruction, le niveau socio-économique, la situation matrimoniale et la langue du sujet en question.

Dans ce qui suit, nous allons illustrer et définir dans un tableau les Caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des sujets borderline que nous avons évidemment changés pour respecter l'éthique de la recherche, leur âge, leur niveau d'instruction, leur situation matrimoniale, la profession, le nombre d'hospitalisation et sa durée.

**Tableau n°1 : Caractéristiques du groupe de recherche**

Prénom	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	La profession	Nombre d'hospitalisation	La durée d'hospitalisation
Houria	28 ans	Secondaire	Divorcée	Femme au foyer	03	20 jours
Amel	36ans	Secondaire	Mariée	Femme au foyer	01	17 jours
Hanane	24 ans	Secondaire	Célibataire	Stagiaire	01	7 jours
Rahim	33 ans	Primaire	Célibataire	Maçon	01	25 jours
Farid	31 ans	Moyen	Célibataire	peintre	02	10jours

Dans ce tableau, on remarque que les sujets de recherche, ils ont entre 24 ans et 36 ans, la majorité ont un niveau secondaire à l'exception de Mr Rahim, qui a un niveau primaire et Mr Farid qui a un niveau moyen. Mm Hanane, Mr Rahim et Mr farid qui sont célibataires par contre, Mm Houria qui est divorcée et Mm Amel qui est mariée. Quant à la profession, deux entre eux sont femmes au foyer et les trois autres exercent un travail. Concernant l'hospitalisation, Mm Houria et Mr Rahim ont été hospitalisé trois fois, pour Mm Amel et Mm Hanane une fois, et deux fois pour Mr Farid. Pour ce qui est la durée, elle se varie entre 07 à 25 jours.

### **5) Les outils de la recherche :**

Dans cette étape, nous aborderons les outils que nous avons utilisés comme technique pour effectuer notre projet de recherche. Nous avons commencé par l'entretien de recherche parce que celui-ci permet d'avoir un premier contact avec nos groupes de recherche et d'établir une relation de confiance avec eux, puis on est passé à la passation des échelles.

---

### 5.1) L'entretien clinique de recherche :

Nous avons choisi de recourir à l'entretien clinique de recherche qui est souvent utilisé comme une méthode d'investigation dans la recherche clinique pour collecter des données sur les sujets. De ce fait, est l'outil le plus approprié qui nous a aidé à trouver les meilleures réponses à nos questions de recherche et à analyser de la manière la plus pertinente nos hypothèses.

L'entretien de recherche n'a ni visée diagnostique ni visée thérapeutique. Mais il n'est pas pour autant dénué de but. Il correspond en fait à un plan de travail du chercheur. L'entretien de recherche s'appelle aussi « interview » (en français, traduction littérale de l'anglo-saxon interview). Mais alors que l'interview, dans le langage courant, revêt souvent un aspect journalistique et spectaculaire, l'entretien de recherche conserve un caractère sérieux et approfondi. (Castarède, 2013)

Il représente un outil indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande. (Chahraoui & Bénony, 2003, pp.141-142)

*« L'entretien clinique peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des données objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet. »* (Bouvet, 2015, p.12)

---

L'entretien clinique de recherche est donc la technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, représentations, sentiments, émotions, expériences) témoignant de la singularité et de la complexité d'un sujet. Ainsi que, chaque entretien clinique peut se faire seul ou en complément avec une observation clinique qui se définit comme :

« Est l'action de regarder avec attention les phénomènes, pour les décrire, les étudier, les expliquer. L'acte d'observation commence par le regard, la perception fine d'un individu dans une situation, une concentration de l'activité psychique sur un objet particulier qu'elle distingue. (Pardinielli & Fernandez, 2015, p.7).

Dans ce sens, durant notre entretien avec nos sujets de recherche, on a eu recours à l'observation qui est selon Ciccone (1998), une démarche heuristique et holistique, tendant à rendre compte de la complexité des dimensions subjectives d'une situation humaine. Cette méthode d'investigation, nous a permis de regarder avec attention la posture, le discours, la mimique, et le comportement de nos cas pour enfin les décrire et les étudier.

- **Entretien de recherche avec la personne qui souffre de trouble borderline :**

Puisque notre population de recherche concerne les sujets borderline hospitalisés en psychiatrie, il est donc important de faire le point sur l'entretien de recherche avec les personnalités pathologiques de type borderline et avec des personnes hospitalisées en institution.

Le déroulement de l'entretien clinique se trouve fortement influencé par le type de personnalité en jeu et ce qu'il s'agit d'une personnalité pathologique ou

---

même seulement de traits. Évidemment, quand il s'agit d'une personnalité pathologique, la forme de l'échange peut prendre un caractère très marqué alors que les traits de personnalité seront des éléments moins perturbateurs, venant infiltrer le mode de pensée, la qualité de la relation et le vécu du clinicien. Il en va de même avec le type de personnalité borderline, car l'instabilité de l'image de soi, des relations interpersonnelles, de l'humeur et l'incertitude par rapport à soi-même risquent de produire des moments de flottement de la situation de l'entretien. (Benony & Chahroui, 2013)

En institution, la personne a souvent un vécu non exprimé de rejet de la famille entraînant un repli sur soi qui se manifeste par un isolement vis-à-vis des autres. Une telle situation peut provoquer agressivité, menaces et conflit, d'autant qu'il ya souvent un écart entre le désir et la réalité imposée par la prise en charge. (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.97-98).

Cependant, l'entretien clinique de recherche est de trois types : l'entretien directif, l'entretien non directif, et l'entretien semi-directif.

- L'entretien non directif, est un type d'entretien centré sur la personne au cours duquel, comme son nom l'indique, ce n'est pas le clinicien qui oriente le discours du patient, mais le patient ou le sujet qui parle librement de lui-même en contrôlant et en menant son discours comme il l'entend. Le clinicien pose une question, donne une consigne ou bien circonscrit un thème puis s'efface pour laisser parler le sujet. (Chahraoui & Benony, 2013)

- L'entretien directif, est une forme d'entretien qui peut être utilisée dans les sciences sociales et en psychologie clinique pour compléter les investigations. Il correspond au questionnaire dans lequel les questions sont ordonnées et hiérarchisées, il ne s'agit donc pas d'un entretien clinique dans la mesure où il

---

n'est pas centré sur la verbalisation spontanée du sujet : celui-ci répond seulement aux questions qui sont posées, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle. (Chahraoui & Benony, 2013)

- L'entretien semi-directif, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquelles il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée. Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet. L'aspect spontané des associations du sujet est moins présent dans ce type d'entretien dans le mesure où c'est le clinicien qui cadre le discours, mais ce dernier adopte tout de même une attitude non directivité : il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Chahraoui & Benony, 2013)

Notre choix s'est porté sur ce dernier qui nous a permis de poser des questions semi-directives bien précise sur chaque axe de notre guide d'entretien et laisser le sujet s'exprimer librement, car notre objectif de celui-ci est d'avoir des réponses approfondies et riches ce qui nous a permis d'accéder aux représentations subjectives de nos sujets de recherche en recueillant des informations sur les difficultés rencontrées mais également de mieux appréhender leur vécu et d'avoir un premier aperçu sur l'impact du trouble de personnalité borderline.

Par ailleurs, l'entretien clinique est toujours associé à un guide d'entretien, celui-ci est subdivisé en axes, chacun de ses axes porte un titre ou une thématique et ouvrent sur un certains nombre de questions relatives à chaque axe. Il se définit ainsi : « *Le guide d'entretien est un premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateurs concrets et de reformulation des questions de recherche en questions d'enquête. Le degré de*

---

*formalisation du guide est en fonction de l'objet d'étude, de l'usage de l'enquête et du type d'analyse que l'on projette de faire. » (Blanchet & Gotman, 2014, p.58)*

*« Il comprend des axes thématiques à traiter : le chercheur prépare quelques questions à l'avance, celles-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit beaucoup plus de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. » (Bénony & Chahroui, 1999, p.69).*

Nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant 36 questions en tout (pour l'ensemble des questions voir l'annexe n°1).

En premier lieu, il y a six questions qui portent sur « Informations générale sur le sujet », l'objectif est en vue de recueillir des informations sur la biographie du sujet. Ensuite nous avons réparti le guide d'entretien en quatre axes ; Le premier axe intitulé : « informations sur l'hospitalisation », est composé de cinq questions, le but de cet axe est de connaître le motif, la durée et le nombre d'hospitalisation, ainsi le ressenti du sujet durant son hospitalisation. Le deuxième axe intitulé : « informations sur le trouble borderline », contient onze questions qui se sont construites tout en se basant sur les critères diagnostiques du DSM5, l'objectif de cet axe, est de repérer les signes cliniques du TPB chez les sujets de recherche et d'avoir des informations sur la genèse de la maladie et son développement. Quant à notre troisième axe intitulé : « la qualité de vie » contient aussi sept questions, l'objectif est en vue de détecter si les sujets borderline jouie d'une perte de qualité de vie attribuable à leur trouble. En dernier, nous avons le quatrième axe intitulé : « informations sur les stratégies de coping déployées par les sujet borderline », il se compose de sept questions, l'objectif de cet axe est de déterminer le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline face à des situations stressantes.

---

Dans ce cadre, nous avons fait une analyse qualitative qui se définit comme : « une analyse qui précède par segmentation du texte puis par recatégorisation de ses segments en fonction de leurs caractéristiques particulières les quelles sont établies en fonction des objectifs de l'analyse » (Blanchet, Bromberg & Trognon, p. 175) et une lecture clinique des données de l'entretien. C'est à dire que nous avons analysé et interpréter les données en se basant sur la théorie adoptée TCC. Quant à l'interprétation se définit selon Paillé (2006) comme étant une attribution de sens. Le sens étant à son tour un contexte de compréhension, celle-ci venant à l'existence lorsque des liens entre les choses ou les événements deviennent visibles ou prévisible et/ ou logique. La compréhension est donc une construction symbolique qui fait sens dans la mesure où elle répond à un certain nombre de conditions de vérité.

Par ailleurs, nous avons donc repris l'intitulé des axes et rapporter à l'intérieur le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie cognitivo-comportementale.

## **5.2) Le Questionnaire généraliste de qualité de vie (SF-36)**

Ce questionnaire générique est particulièrement simple à administrer, facilite la lecture et fiable. C'est un outil d'utilisation courante, international, instrument de référence présentant de bonnes qualités psychométriques, destiné à l'évaluation des programmes et des actions de santé. Pour toutes ces raisons, le choix du questionnaire SF-36 comme instrument de mesure de la qualité de vie des TPB nous a semblé le plus pertinent.

La SF-36 a été développée par Ware et Sherbourne en 1992 à partir du Medical Outcome Study (MOS), questionnaire englobant 149 items et élaboré pour évaluer la manière dont le système de santé américain affecte l'issue des soins. La SF-36, ou MOS SF-36, est une échelle multidimensionnelle,

---

générique, c'est-à-dire qui évalue l'état de santé indépendamment de la pathologie causale, du sexe, de l'âge, et du traitement.

Cette échelle peut être administrée en auto- ou hétéro-questionnaire, et ne requiert que 5 à 10 minutes. Ses 36 items évaluent 8 dimensions : activité physique (physical function: PF); limitations dues à l'état physique (role physical: RP); douleurs physiques (bodily pain: BP); santé perçue (general health: GH); vitalité (vitality: VT); vie et relation avec les autres (social function: SF); limitations dues à l'état physique (role emotional: RE); et santé psychique (mental health: MH) ainsi qu'une dimension particulière à savoir l'évaluation de la santé perçue comparée à un an auparavant (health thinking: HT). Le questionnaire d'état de santé SF-36 est validé dans plusieurs langues, dont le français. C'est un score générique pour l'évaluation de la qualité de vie.

**La consigne :** « *Les questions qui suivent portent sur votre état de santé, telle que vous la ressentez. Ces informations nous permettront de mieux savoir comment vous vous sentez dans votre vie de tous les jours. Veuillez répondre à toutes les questions en entourant le chiffre correspondant à la réponse choisie, comme il est indiqué. Si vous ne savez pas très bien comment répondre, choisissez la réponse la plus proche de votre situation* » (Sherbourne, 1997 ; Leplege, 2001)

### **La Cotation et l'interprétation de l'échelle SF-36 :**

Un score moyen physique (PCS = Physical Composite Score) et un score moyen mental (MCS = Mental Composite Score) peuvent être calculés selon un algorithme établi (voir le tableau ()). En dehors de l'évaluation quantitative par score moyen (MCS et PCS) nécessitant l'achat du manuel, on peut utiliser la SF-36, en comparant (recherche de corrélations) les scores des différents domaines de la SF-36 sur une population étudiée, avec ceux de la population normale, ou

---

en cherchant des corrélations entre les scores des différents domaines de la SF-36 et d'autres variables explicatives médicales, fonctionnelles, sociales...). Les réponses sont dichotomiques pour certains items, et en 3 à 6 points pour les autres. Un score est calculé pour chaque dimension qui s'étend de 0 à 100. Un score élevé indiquant une bonne QLV

Il existe 3 versions du SF-36 : une version normale (renseignée directement par la patient), une version pour situation aiguë (les interrogations portant sur 4 semaines sont réduites à 8 jours), et une version pouvant être remplie par un proche du sujet évalué (tournures indirectes pour chaque question de la version « normale »). Nous avons choisi la version normale du questionnaire SF-36 pour notre étude (voir annexe N°2), étant donné que nous demandions prioritairement des réponses effectuées par le patient lui-même. (Gardenal, 2004)

### **5.3) L'échelle de coping (CISS)**

L'inventaire de coping pour situation stressante (CISS) est une échelle permettant de mesurer les aspects multidimensionnels du coping. Nous avons choisi cette échelle car elle était créée sur des bases théoriques et empiriques et qu'elle était déjà utilisée dans différentes recherches. (voir annexe N°3),

Il a été mis au point dans le cadre théorique du modèle interactionniste de l'anxiété, du stress et du coping (Endler, 1988 ; Endler & Parker, 1990). Il vise à évaluer de façon fidèle et valide les stratégies d'ajustement habituellement utilisées par un sujet lors d'une situation stressante.

Le CISS est une épreuve papier-crayon auto-administrée comprenant 48 items qui mesurent les styles de coping. Il existe aux Etats-Unis une forme pour adulte et adolescents. Chaque forme contient seize items mesurant le coping orienté sur la tâche, seize items mesurant le coping orienté vers l'émotion, et seize items mesurant le coping orienté vers l'évitement. Il y a deux sous-échelles

---

pour la dimension Evitement : distraction (8items) et diversion sociale (5items). (Les trois items restants pour la dimension Evitement ne sont pas notés dans ces sous-échelles). Pour contrôler les effets dus à l'ordre, les items relatifs aux trois échelles principales ont été distribués au hasard au sein du questionnaire. On demandant aux adultes et aux adolescents passant le test de noter chaque item sur une échelle de fréquence en 5 points allant de (1) « Pas du tout » à (5) « Beaucoup ». (Rolland, 1998, P.13)

**La consigne :** *« il vous arrive probablement de faire l'expérience de situation dans lesquelles vous être personnellement très impliqué (e), dont l'issue est importante pour vous, et que vous estimez stressantes (événement ou situation qui vous met en difficulté, qui vous déstabilise, qui vous demande un effort important pour le/la surmonter). Il existe un grand nombre de manières d'affronter ces situations stressantes ou de s'y ajuster : il vous est demandé d'indiquer ce que vous faites et/ou ressentez habituellement quand vous avez des soucis, que vous vivez des événements ou des situations difficiles, des périodes de stress important. Répondez à chacune des modalités suivantes en entourant la réponse qui correspond à votre mode de réaction habituel »* (Rolland, 1998, P.1)

**Le temps de passation :** le CISS peut généralement être complété en 10 minutes, bien qu'il existe des différences individuelles de temps de passation. (Rolland, 1998)

**La cotation :**

Cinq (5) notes sont calculées : 3 notes pour les échelles de base : Tache (T), Emotion (E) et Evitement (A), et 2 notes pour les deux composantes de l'Evitement : Distraction (D) et Diversion sociale (SD).

---

Avant de corriger à la main la feuille de réponse, séparer les feuilles suivant les pointillés. La grille de correction se trouve sous la feuille de réponse. S'assurer que les réponses du sujet ont été correctement transférées sur la grille et que toutes les réponses ambiguës ont été clarifiées. Si le sujet n'a pas complété un item, s'assurer qu'il le fasse. Si il y a 5 items ou moins qui n'ont pas été complétés ou qui comportent plus d'une réponse encerclée, attribuer à chaque réponse ambiguë la note 3. Si plus de 5 items comportent des réponses ambiguës, les notes obtenues ne sont pas valides. Dans certaines situations de recherche, il peut être impossible de vérifier les données collectées sur un groupe important avant un certain laps de temps. De ce fait, l'étendue possible pour chacune des notes aux trois échelles (Tache, Emotion et Evitement) est de 16 à 80. L'étendue pour la note à l'échelle D (Distraction) de 8 items est de 8 à 40, et pour la note à l'échelle SD (Diversión sociale) de 5 items, de 5 à 25.

Ensuite, la cotation du CISS fournit 3 notes brutes pour les 3 échelles de coping principales (Tache, Emotion et Evitement), plus deux notes brutes pour les sous-échelles d'Evitement. Ces notes peuvent être converties en notes standard T et en percentiles à partir de la feuille de profil (pour la feuille de profil voir l'annexe n°3). (Rolland, 1998, P.13)

- **L'interprétation des notes aux échelles du CISS :**

Plus la note au test sur l'une des cinq échelles (Tache, Emotion et Evitement, Distraction et Diversión sociale) est élevée, plus le degré d'activité de coping de la personne sur la dimension de coping correspondante est élevé. Les utilisateurs doivent comprendre que les notes brutes au test sont converties en note T dans la construction des profils. La partie suivante explique comment interpréter les notes T :

- Les notes T sont des notes étalonnées dont l'utilité est que chaque échelle aura la même moyenne et le même écart type. Une telle particularité permet

à la personne qui interprète de comparer directement les notes à une échelle aux notes d'une autre échelle.

Les notes T ont une moyenne de 50 et un écart type de 10. Il faut préciser que les notes T utilisées avec le CISS sont des notes T linéaires. Les notes T linéaires ne transforment en aucune manière la distribution réelle des variables. Donc, tandis que chaque variable a été transformée pour avoir une moyenne de 50 et un écart type de 10, les distributions des notes aux échelles ne changent pas.

En règle générale, les notes T peuvent être interprétées en utilisant le tableau (). Cependant, il faut noter que les indications proposées ne sont que des lignes directrices approximatives et qu'il n'y a aucune raison de croire qu'il y a une différence sensible, par exemple, entre une note T de 55 et une note T de 56. (Rolland, 1998, P.20)

**Tableau N°7 : Guide d'interprétation des notes T**

Rang	Indication
Au-dessus de 70	De loin au-dessus de la moyenne
66 à 70	Très au-dessus de la moyenne
61 à 65	Au-dessus de la moyenne
56 à 60	Légèrement au-dessus de la moyenne
45 à 55	Moyen
40 à 44	Légèrement en dessous de la moyenne
35 à 39	En dessous de la moyenne
30 à 34	Très en dessous de la moyenne
En dessous de 30	De loin en dessous de la moyenne

(Rolland, 1998, P.20)

---

Au finale, l'objectif principale de notre choix de ces outils de recherche (l'entretien clinique semi-directif et les deux échelles : la SF-36 et la CISS) est qu'ils conviennent à notre recherche. Puisqu'ils fournissent des indicateurs cliniques et opérationnels quant à la qualité de vie et les stratégies de coping et nous permettent de répondre aux questions de notre problématique et à vérifier nos hypothèses.

## **6) Déroulement de la recherche :**

### **6.1) La pré-enquête :**

Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique. La pré-enquête est une phase exploratoire qui nous a permis d'étoffer notre problématique et hypothèses. Elle nous a permis aussi de s'informer, d'étayer et d'enrichir nos questionnements et surtout de préciser et mieux cibler notre projet de recherche, en suivant des méthodes et des techniques qui sont plus adéquates à notre thème de recherche.

De ce fait, *« La pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique. Cette phase comporte une observation préliminaire menée auprès de la population d'enquête et réalise à l'aide d'entretiens généralement peu directifs, c'est la première approche du terrain à partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses chercher et analyser les indicateurs ».* (Blanchet & Gotman, 2007, p.17)

De plus, elle permet de collecter des données sur le thème de recherche, d'établir le premier contact avec la population d'étude afin de sélectionner les plus pertinents et ceux qui répondent aux critères et aux bases du thème de recherche. (Angers, 2005)

---

Nous avons réalisée notre pré-enquête au service de psychiatrie « Hommes » et « Femmes » mise en place au CHU de FRANZT FANON, situé dans la wilaya de Bejaia. Nous sommes présentées à ce service en tant que stagiaires étudiantes en Master 2 psychologie clinique, après avoir eu l'accord du médecin chef à qui nous avons exposé notre thème de recherche. On a débuté notre pré-enquête le 10/01/2018 qui a durée (7) jours. Celle-ci nous a permis d'avoir le contact avec notre terrain d'enquête. Nous avons discuté avec le professeur psychiatre sur la fiabilité du thème et la disponibilité des cas, et nous avons eu aussi des rencontres avec quelques médecins psychiatres concernés par le sujet d'étude afin de recueillir leur avis et des informations sur le trouble borderline.

Dans cette période, on a pas pu rencontrer nos sujets de recherche en raison de leur rareté et de leur inobservance thérapeutique car ces patients, très compliqués à prendre en charge, sont instables dans leur suivi ainsi pour la courte durée de leur hospitalisation. Mais le professeur psychiatre nous a rassuré en nous informant qu'il allait y avoir des cas borderline et que ce n'était qu'une question de temps. Pour ce fait, il fallait juste qu'on soit à jour en stage pour les rencontrer dès qu'ils viennent en consultation d'urgence. Ainsi, il nous a fournit beaucoup d'informations sur le fonctionnement de nos sujets borderline, sur leur profonde souffrance et sur les outils qui leur conviennent.

Après avoir accompli notre pré-enquête, nous avons pu préciser les questions de notre problématique et nos hypothèses, nous avons aussi construit notre guide d'entretien en fonction de leur spécificité du fonctionnement.

## **6.2) L'enquête :**

*« L'enquête, c'est la phase de vérification systématique des hypothèses. Elle comporte la collecte des données, le traitement des données et l'analyse des*

---

*résultats* ». (Blanchet & Gotman, 2007, pp.24-25). Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Chahraoui & Bénony, 2003, p.131-132).

Notre enquête s'est déroulée au service de psychiatrie « Hommes » et « Femmes » mise en place au CHU de Frantz Fanon Béjaia à partir du 10 janvier 2018 au 30 avril 2018, deux jours par semaine. Les premiers jours ont été consacrés à la pré-enquête. Notre groupe de recherche est constitué de cinq (5) cas.

Tout d'abord, nous avons rencontré nos sujets de recherche qu'après leur stabilisation du point de vue clinique (se situer à distance de la crise et de l'agitation, de la période de stabilisation des symptômes et du traitement pharmacologique). Par la suite, tous étaient coopératifs, nos sujets de recherche ont été disposés à participer dans la recherche, on a eu leur consentement facilement, ensuite, on leur a expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel dans l'anonymat et que c'est seulement dans le but de la recherche. Nous avons formulé la consigne pour l'entretien de recherche en kabyle « nss3a kra les questions akdnek/amdnek ghef l'hala ynek (ynem) n'toura, nevgha aghtehdhret felassent ». (Nous avons quelques questions à vous poser sur votre état actuel et on aimerait bien que vous répondiez)

En outre, en raison des difficultés rencontrés et par peur que les sujets quittent le service, nous avons fait passer les outils de recherche en même temps pour chaque cas. Dans la première séance nous avons passé l'entretien avec les deux échelles la SF-36 et la CISS à trois cas dans le bureau de chef service « psychiatrie femme ». On a commencé avec Mm Houria qui exprime très bien son vécu, par contre ne maîtrise pas bien le français ce qui a fait on lui a passé les outils en kabyle puis avec Mm Hanane et Amel, on leur a passé l'entretien en

---

français et elles ont rempli l'échelle seules en leur donnant la consigne en français. Le temps de la passation des outils a duré entre 40mn à 1hr30 mn selon chaque cas.

Ensuite, on a due attendre plus de 10 jours pour rencontrer les autres cas, c'était Mr Rahim et Mr Farid. Cette deuxième séance s'est déroulée dans la salle de visite de service « psychiatrie Hommes » qu'après avoir eu leur consentement bien sur. Tout de même, par faute du temps, nous avons due faire passer les outils en même temps pour chacun. La passation de l'entretien s'est déroulée en langue kabyle et pour les deux échelles, c'est nous qui leur avons passé en kabyle. Le temps de la passation a duré 45 mn avec Mr Rahim et 35 mn avec Mr Farid.

## **7) Attitude du chercheur**

« L'attitude de clinicien peut être comprise sous deux aspects : l'attitude visible, comportementale et relationnelle qui permet de créer une relation de confiance au sein de laquelle le sujet se sent suffisamment bien pour qu'il puisse livrer et découvrir son intimité psychique et une attitude plutôt intérieure, une attitude mentale, intellectuelle, qui fait du psychologue un professionnel qui pense la situation clinique, construit des hypothèses cohérentes dans son référentiel théorico-clinique » (Bouvet, 2015, p.47)

*Ainsi, « La posture du chercheur, est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, su la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche. ». (Giami, 2009)*

---

Dans notre travail de recherche, on était très motivée dès le départ pour le réaliser, ce qui nous a permis d'adopter une attitude de l'empathie et de neutralité, tout en respectant le consentement de nos sujets à participer dans la recherche, ainsi leurs vie psychique et la confidentialité des informations transmises. On était dans l'écoute attentive, on intervenait juste pour relancer et le respect total pour les moments de silence et les principes de la recherche.

### **8) Difficultés de la recherche**

- Difficultés d'accéder à une documentation sur le trouble de personnalité borderline en Algérie.
- Difficultés à constituer notre groupe de recherche.
- Difficultés à s'entretenir avec nos groupes de recherche, en raison qu'ils étaient méfiants, ils nous donnent pas de réponses directes, ils nous demandent à plusieurs reprises de reformuler les questions.
- Les questionnaires sont très longs selon nos sujets de recherche.
- Difficultés à traduire en langue kabyle les outils de recherche.

### **Synthèse du chapitre**

Les objectifs de la recherche indiquent l'intention de l'étude, et la méthodologie est nécessaire pour mener un travail de recherche, et Pour une très bonne recherche scientifique, il est important de se baser sur une bonne méthodologie. Dans ce chapitre, elle nous a servi à organiser notre travail en se basant sur certaines règles et étapes dans le déroulement de notre recherche. On s'est basée sur des outils d'investigations les plus appropriés pour trouver les meilleures réponses à nos questions de recherche et à tester de la manière la plus pertinente nos hypothèses qui sont, l'entretien clinique semi-directif et le questionnaire généraliste de qualité de vie (SF-36) et l'échelle de coping (CISS). Ces outils nous ont permis aussi d'avoir les informations nécessaires sur

notre groupe de recherche, de l'impact important de TPB sur leur qualité de vie et leurs réactions défensives face à leur maladie.

Dans le chapitre qui suit nous allons présenter et analyser les cas puis discuter les hypothèses.

### **Préambule :**

Dans ce dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats que nous avons obtenus dans l'entretien de recherche et dans les deux échelles la SF-36 et la CISS. Pour pouvoir ensuite discuter et vérifier nos hypothèses.

### **I. Présentation et analyse des résultats :**

Nous allons présenter les deux premiers cas par une analyse approfondie, car ils ont des caractéristiques différentes et il y a une bonne participation et un investissement de leur part à répondre aux questions de nos outils de recherche. Pour les autres cas on a opté à des résumés parce qu'ils ont des points en communs et on va revenir au dessous dans l'analyse et discussion des hypothèses.

### **Cas 1) : Mm Houria**

#### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique**

##### **Semi- directif de Mm Houria :**

Après nous êtres présentées à Mm Houria qui était compréhensive et coopérative avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

Melle Houria est une jeune femme, âgée de 28 ans, elle vit chez ses parents qui sont vivants mais vivent pas ensemble depuis (08 ans) suit à une fugue domicile. Elle a quatre sœurs et trois frères, elle est la troisième parmi ses frangins. Son niveau d'instruction est secondaire, divorcée, mère d'un enfant de 06 ans, femme au foyer.

L'entretien avec Melle Houria s'est déroulé en une séance dans le bureau de chef service « psychiatrie femmes » la pré-midi après avoir calmé son agitation et ses crises par l'équipe de soins. On était face à une patiente déstabilisée sur le plan comportemental et émotionnel. Sa mimique était anxieuse et tendue. Son humeur triste et adaptée aux propos, n'arrêtait pas de pleurer et de se plaindre de sa famille, de ses conflits avec sa mère et ses frères. Ainsi son discours était clair et cohérent. Cette situation nous renvoie à ce qu'on a abordé dans la revue de la littérature de Debabéche et all (2007), que les sujets borderline ont des difficultés relationnelles et à contrôler leurs comportements et émotions.

### **Axe 1 : Informations sur l'hospitalisation**

Mm Houria était hospitalisée dans le service psychiatrique en raison de ses tentatives de suicide pendant vingt (20) jours, d'après elle celle-ci est sa troisième (3) hospitalisation. Son état de santé avant l'hospitalisation à travers son discours était : « *kbel madassegh gher da ligh g l'hopital khilil Amran pendant trois jours après 3aleneyi lavage i l'estoma ynou, après wenyid gher da* » (avant mon hospitalisation dans ce service, j'étais hospitalisée à Khilil Amran pendant trois jours, ils m'ont fait lavage de l'estomac puis m'ont ramené ici). Knaf et al (2014), soulignent que le TPB est le plus important facteur de risque des conduites suicidaires. Dans ce sens, on comprend que le motif d'hospitalisation de Mm Houria est très significatif, car la tentative de suicide fait partie de l'une des caractéristiques majeures des sujets borderline.

Lorsqu'on lui a posé la question sur ce qu'elle ressentait actuellement, sa réponse était : « *thoussough imaniw bien akhir maligh goukham* ». (Je me sens bien ici mieux que d'être chez moi). On voit bien que Mm Houria ressentait qu'elle va mieux durant son hospitalisation que lorsqu'elle était chez sa famille tout de même, on voyait par les expressions de son visage et ses propos une réelle souffrance.

### **Axe 2) informations sur le trouble borderline :**

Lorsqu'on a posé la question à Mm Houria quand est ce que sa maladie est apparue, sa réponse était : « *avant mazewdjegh aken à l'âge de 21 ans bedough tkelikegh za3fegh thoussough imaniw ça va pas* » (avant de me marier à l'âge de 21 ans que ça a commencé, je me stress, je m'énerve, je me sentais pas bien). On remarque que Mm Houria a commencé à manifester de la colère et de l'anxiété à l'âge de 21 ans. Cela est un point important, puisque comme nous

l'avons déjà vu dans les classifications psychiatriques que les signes cliniques de TPB apparaissent vers le début de l'âge adulte.

En lui demandant s'il y a des personnes dans sa famille présentent un trouble mental, elle nous a répondu ainsi : « *yela baba imkhel itsuivi zik gh psychiatre wahi yewen negma tsuivi daghen gh psychiatre fez3ef itnervi tout le temps* » (il y a mon père qui est fou qui a déjà été suivi chez un psychiatre et l'un de mes frères aussi qui se soigne chez un psychiatre pour sa nervosité). On constate d'après son discours qu'il y a une prédisposition génétique, ce qui a favorisé chez Mm Houria de souffrir de ce trouble. Selon Douglas (2013) Le trouble de la personnalité limite (TPL) ne peut pas être attribué qu'à un seul facteur. Toutefois, il est possible que des facteurs environnementaux et génétiques jouent un rôle dans le développement des symptômes.

Ensuite, on lui a posé la question si elle trouve des difficultés à contrôler ses émotions, nous répond : « *thoussoughas bezef parce que ourifigh ara la libertéynou c'est normal danechta le problemiw asma za3fegh nagh ayidjreh hed tmagagh g la situation am ta toujours outcontroligh ara al3amriw* » (je le ressens vraiment parce que j'ai pas trouver ma liberté c'est normal, c'est ça mon problème quand je m'énerve où quand quelqu'un me blesse je me retrouve dans une telle situation j'arrive toujours pas à me contrôler). On déduit à travers son discours une instabilité émotionnelle très apparente, et que Mm Houria passe par des moments de colère très intense, ce qui marque en perspective le tableau clinique des sujets borderline.

En outre, concernant son humeur, elle réplique ainsi : « *thousough haznegh akther dachou ça dépend tenbedel 3la hssab dachou iydzin fatass lehwayedj tenbedel, tikwal bien tikwal non* » (je ressens plus de tristesse mais ça dépend elle change en équivalent de ce qui va m'entourer, mon humeur change sur

beaucoup de choses, parfois bien parfois non). Qu'on interprète comme une humeur changeante instable, elle éprouve aussi des difficultés intenses qui trop souvent la plongent dans un état de tristesse profond.

Quant on lui a demandé de nous décrire ses relations avec ses proches, Mm Houria, nous raconte ainsi : « *t3ichegh g les problèmes gasmi ligh tamechtouhth, yela baba zik itnervi bezef ikath ima toujours, ikathegh oula dnekn, ami lahked wess anda irouh ibandoniyegh it3ich wahdess g berden, après ligh gharegh ihabseyid gma g l'école ...pleure, fkaneyi zewdjegh zik (18 ans) wahi dyawen outhoumlegh ara machi dwina thibigh forceyi ima d seba t3aleyi la pression ssrouheneyi elhayatiw d l'avenir ynou nighassen adilhek wess adivorssigh, argaziw alaalith dedi ikhedmeyi aken bghigh, mais irresponsable ounmesfham ara, ouligh ara heureuse dediss khed3eghth wahi dwina ligh thibighth par vengeance iyima bach adivorssigh, la famille ynou tghouchenyi ssekren tebourth feli wa oytmeslay dwa ça va pas dedi, même dyer wayethma dhima oulach elmoufahama oulach elhiwar g zik net3ich aka* » ( je vis dans les problèmes depuis que j'étais petite, il y avait mon père qui s'énerve trop il frappe toujours ma mère, qui nous frappent aussi, jusqu'à le jour ou il a quitté la maison pour vivre dans les rues, après j'étais étudiante puis mon frère m'a arrêté de l'école....pleure, ils m'ont forcé à se marier très tôt à l'âge de 18 ans avec une personne que j'ai pas apprécié, que c'était pas lui que j'aime, la cause c'était de ma mère qui m'a fait la pression, ils m'ont gâché la vie et mon avenir, je leur avis dis qu'un jour je vais me divorcer, mon ex mari était bien avec moi, il fait tout ce que je veux, mais irresponsable on s'entend pas, j'étais pas heureuse avec lui, je l'ai trahis avec celui que j'ai déjà aimé par vengeance à ma mère pour avoir le divorce, ma famille me déteste, elle m'enferme dans la maison, personne ne parle avec l'autre, ça va pas avec moi, même entre mes frères et ma

mère, il y a pas de compréhension et de la communication depuis longtemps c'est comme ça qu'on vit ).

On constate à travers son discours, que Mm Houria est issue d'une famille conflictuelle, on comprend aussi qu'il s'agit d'une dynamique familiale perturbée, en clinique on appelle ça « un environnement invalidant » comme il a souligné Farhi (2017) dans sa thèse que l'environnement reste un agent causal majeur dans l'étiologie du TPB retrouvant des antécédents d'abandon émotionnel et cela vient ensuite influencer sur la façon dont la personne réagit devant les événements courants de la vie ou les difficultés affectives et perturber la manière dont elle interagit avec son entourage. De ce fait, on déduit que Mm Houria souffre des carences affectives, d'un mode de relation interpersonnelle instable et oscille entre des positions d'idéalisation et de dévalorisation suit aux conflits et très sensible au rejet et l'abandon ainsi qu'au mépris.

Par rapport à ses réactions du moment qu'elle est contrariée, sa réponse était : « *asma ouytadjan ara la libertéynou, oukhedmegh ara ayen bghigh par exemple outafegh ara imaniw za3fegh, trouzegh lahwayedj, kathegh, lahakegh ami chelhegh ifasniw, aken tedoneyi gezkara neki khedmegh le mal plus il3amriw* » (quand ils me laissent pas la liberté, ils me font pas ce que je veux par exemple je me retiens pas, je m'énerve, je casse des choses, je frappe, je suis arrivée au point à couper mes vaines, à chaque fois qu'on me contrarie je fais encore plus du mal pour moi). On a observé des cicatrices suit à des automutilations au niveau de ses bras et ses pieds, cela signifie que Mm Houria souffre d'une impulsivité intense, par conséquent fait recours à des comportements autodestructeurs.

Ainsi, quand on lui a demandé comment elle se voyait nous répond : « *tawalgh imaniw pas bien mais sstahlegh ad3ichegh bien* » (je me vois pas bien mais je

mérite de vivre bien). On voit là que Mm Houria souffre aussi sur le plan de l'image de soi, elle s'interrogeait sur elle-même que vraiment mérite de vivre bien passant de l'assurance au doute qu'on retrouve aussi parmi les symptômes du TPB.

Lorsqu'on lui a demandé si elle est dans le besoin d'avoir une personne au près d'elle pour l'a rassuré, Mm houria nous déclare ainsi : « *bien sur ouhwadjegh tagadegh adekimegh imaniw, bghigh ima loukan aytefhem ateli didi ....pleure* » (bien sûr que j'ai besoin, j'ai peur de rester seule, je veux ma mère qu'elle soit avec moi et qu'elle me comprend). On comprend que Mm Houria est à la recherche du soutien. Elle a une peur extrême de perdre les liens avec les membres de sa famille surtout la maman, a toujours besoin de la présence de quelqu'un d'autre, car ne possédant pas en elle-même la force d'être seule, elle va chercher chez l'autre le sentiment d'exister parce que est très sensible à l'abondant.

En ce qui concerne ses attentes de l'avenir, nous répond ainsi : « *bghigh ad3ichegh libre wahi dhemi, adkhedmegh fel3amriw oubghigh ara emi aditourba g la situation am tina 3achegh* » (je veux vivre libre avec mon fils, et de travailler pour nous deux, je ne veux pas que mon fils soit éduquer dans la même situation que j'ai vécu). D'après son discours, on déduit que tellement Mm Houria est traumatisée par les événements négatifs vécus dans son enfance qu'elle espère que son fils ne va pas ce faire passer dans les mêmes circonstances, c'est très significatif car cela peut résulter des troubles de l'attachement.

### **AXE 2 : informations sur la qualité de vie :**

Lorsqu'on lui a demandé quels sont les changements qu'elle constate avant et après sa maladie, Mm Houria nous répond par : « *kikif parce que gasmi ligh tamechtoth zaregh baba ikath ima, alors gemiren tsouffrigh, ligh gharegh toura khati, ligh tefaghegh toura khati habssenyi gekham, ouzmiregh ara akhedmegh gelhala am tayi* » (c'est pareil parce que quand j'étais petite je voyais mon père frappait ma mère depuis je souffrais, alors j'étais étudiante maintenant non, je sortais avant maintenant non je suis enfermée à la maison, je ne peux pas aller travailler dans cet état). On voit là que les changements sont très marqués par l'incapacité à participer dans des activités professionnelles ou récréatives ce qui a un impact négatif sur sa qualité de vie personnelle.

Par rapport à l'impact de sa maladie sur ses relations familiales et sociales, elle nous répond en disant : « *la famille ynou sshoussayegh teb3ed feli mlih, klen ouss3an ara confiance zyi, tkeliken zyi, ountemesfham ara, mayela wahi d el 3ibad ouss3igh ara les contacts ni timdoukel, outrouhegh gh hed zarneyi tamahloukth wa3regh deriyi* » (je ressens que ma famille s'est éloignée de moi, ils n'ont plus confiance en moi, ils se stress de moi, on s'entend pas, je n'ai pas des contact avec les autres personnes j'ai plus d'amies, je pars chez personnes, tout le monde me voient dure et mauvaise). Selon l'OMS, les troubles du comportement perturbent profondément la vie des personnes touchées et leur famille. De ce fait, on le constate chez Mm Houria tellement qu'elle se sent facilement rejetée, ce qui fait créer des conflits dans ses relations sociales et se répercute sur sa QLV globale.

Lorsqu'on lui a posé la question si elle est capable de réaliser ses projets suite à sa maladie, sa réponse était : « *non ouzmiregh akhedmegh kra aklin twatfegh g*

*yer hala hacha la souffrance, mais wela oulch un obstcale zemregh* » (non je ne peux rien faire, je suis retenue par un mauvais état que de la souffrance, mais si y a pas un obstacle je peux). On constate qu'elle est toujours dans la recherche d'elle-même, toujours à osciller entre confiance en elle et dévalorisation, qu'elle est un être humain de qualité et que sa force intérieure peut lui permettre de s'en sortir, peut s'avérer motivant pour elle.

Et pour ses difficultés quotidiennes, elle nous dit : « *gelhayatiw ikel hacha les difficultés, madam oulach la liberté achou dekimen* » (dans toute ma vie que des difficultés, puisque y pas de liberté reste plus rien). On déduit par son discours qu'elle n'est pas satisfaite de son mode de vie, ni d'ailleurs du milieu où elle vit vu qu'elle le considère comme une prison. Elle vit une certaine absence de liberté, une restriction des activités. Selon la CIF : « Les restrictions de participation désignent les problèmes qu'une personne peut rencontrer pour s'impliquer dans une situation de la vie réelle » (CIF, 2001, P.14).

Concernant son état physique elle nous a informées qu'elle n'a aucun problème organique juste qu'elle était fatiguée suite à la tentative de suicide. Elle est sous traitement psychiatrique, nous disait à travers son discours : « *aa3yigh g les médicaments sefcheleneyi mlih* » (j'en ai marre des médicaments, ils me affaiblie). On voit donc ici son état de santé psychologique et physique a une influence négative sur sa qualité de vie somatique et mentale. Surtout que Mm Houria parait qu'elle rechute à chaque fois suite à un arrêt thérapeutique ce qui engendre plus de complications dans sa vie.

Pour ce qui est sa qualité de sommeil et son alimentation, Mm Houria nous dit : « *ganegh difficilement, ayweq stressigh bezef ouyditass ara noudem ikel, tessegh dwa noudem aken adeynegh, ousse3ough ara l'envie achegh ikel ss la force ken* » (je dors difficilement, quand je me stress trop je n'arrive pas dormir

du tout, je prends des médicaments pour dormir, je n'ai pas l'envie de manger, je me force seulement). On déduit que Mm Houria souffre d'une mauvaise qualité de sommeil, donc c'est avec l'aide des somnifères qu'elle réussit à avoir un bon sommeil. Or la qualité du sommeil est définie ainsi : « *Fonctions mentales qui produisent le sommeil naturel donnant lieu au repos physique et mental optimal et à la relaxation* » (CIF, 2001, P.53). Et d'une mauvaise qualité d'alimentation en raison de ses états anxieux, à travers son discours, nous a déclaré qu'elle a perdu plus de poids suite à sa maladie. Etant donné ces indicateurs favorise une mauvaise qualité de vie.

#### **Axe 4: Informations sur les stratégies de coping mobilisées par le sujet pour faire face à la maladie :**

Lorsqu'on a demandé à Mm Houria de nous parler et décrire ses craintes face à sa maladie, nous répond : « *ougadegh ara la maladie, mais ougadegh el3ibad asma salegh kareth tayi tamahloukth* » (je n'ai pas peur de la maladie mais je crains les gens quand ils disent celle-là est malade). On remarque que Mm Houria, que sa crainte est du désamour et sa sensibilité est très grande à l'abandon, c'est-à-dire qu'elle est très sensible au contexte et ce qui se passe dans son environnement. De ce fait, elle peut adopter des stratégies de coping négatives (de la colère, passage à l'acte...etc) lorsque a le sentiment d'être rejetée car pour elle signifie qu'elle est une mauvaise personne, ce qui implique en elle de vivre de nombreux conflits en relations aux autres et elle, ce qui génère le stress et l'anxiété.

En lui demandant comment qu'elle affronte ses difficultés quotidiennes, nous répond ainsi : « *rien je n'ai pas de parole, tréagir direct* » (je n'ai pas de parole, je réagis direct). On déduit qu'elle réagit par des comportements autodestructeurs non pas par la pensée, ce qui veut dire sans qu'elle réfléchit aux

conséquences de ses actes. Selon Starr (2004), le comportement d'autodestructions n'est pas un moyen de gagner leur attention mais une stratégie de coping mal adaptée face à leur insupportable douleur émotionnelle.

En l'interrogeant sur comment qu'elle prenait soin d'elle, nous dit : « *thibigh athelagh gmaniw, admaquiyigh, faire des photos* » (j'aime prendre soin de moi, me maquiller et prendre des photos). On remarque que Mm Houria se révèle très motivante, elle prend soin d'elle pour s'en sortir de son stress, en effet en clinique signifie qu'elle déploie énormément d'énergie pour donner une bonne image d'elle-même, celui-ci pour éviter l'abondance, ce qui reflète une stratégie inadaptée à la situation.

Quand on lui a demandé comment qu'elle fait pour trouver des solutions pour résoudre ses problèmes, Mm Houria répond par : « *soit je lâche, soit je crée un monde faux et me faire rêver* ». On constate d'après son discours, qu'elle a des difficultés à trouver de bonne solution pour résoudre ses problèmes, elle est incapable d'identifier ses émotions et à comprendre les raisons par conséquent elle fait recours à des stratégies inadaptés pour faire face à ses problèmes, c'est plutôt celle de l'émotion qu'on déduit.

Au cours de sa maladie, Mm Houria déclare qu'elle n'était pas bien soutenue par sa famille dans le projet de soins, même lorsque elle a besoin d'une aide ne trouve personnes au près d'elle. Elle ressent qu'elle est négligée de la part de tout le monde. Cette situation provoque en elle une détresse et une souffrance psychique qui aggrave son état de santé. D'après ce que nous a vu dans la partie théorique que le manque de soutien est souvent considéré comme un facteur majeur du stress.

## Synthèse de l'entretien clinique de Mm Houria

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mm Houria présente des indicateurs significatifs de l'impact négatif de son trouble dont elle est victime et ce, en se basant sur la présence des signes d'une mauvaise qualité de vie et le recours à des stratégies de coping centrées sur l'émotion pour y faire face à ses situations stressantes.

## 2. Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau N°8 : Résultats de Mm Houria obtenus dans la SF-36.

	Dimension physique				Dimension mental				
Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	65	25	30	12,5	55	12,5	0	20	27,5
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

### 1. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de  $65 < 70,61$
- Limitation physique RP qui est de  $25 < 52,92$
- Douleur physique BP qui est de  $30 < 70,83$
- Santé générale GH qui est de  $12,5 < 78,77$

D'après la cotation du questionnaire généraliste la SF-36 de Mm Houria qui est illustrée dans l'annexe N°4, nous remarquons que Mm Houria présente une estimation proche de la norme, de fonctionnement physique PH qui est de  $65 < 70,61$  Et une estimation très basse à la norme, de la limitation physique qui est de  $25 < 52,92$  et de la douleur physique BP qui est de  $30 < 70,83$ . Ainsi une estimation médiocre de la santé générale  $12,5 < 78,77$  qui est très inférieure à la norme de la SF-36.

### **2. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $55 < 70,38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $12,5 < 65,38$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $0 < 56,93$
- Santé mentale MH qui est de  $20 < 52,15$

Pour ce qui est des dimensions mentales, Mm Houria présente une vitalité VT qui est inférieure à la norme de  $55 > 70,38$  et un fonctionnement social SF très bas à la norme de  $12,5 > 65,38$ , une limitation émotionnelle RE qui est nulle  $0 > 56,93$ , ainsi une estimation médiocre de la santé mentale MH de  $20 < 52,15$ , qui est inférieure à la norme de SF-36.

### **3. La QLV Globale :** qui est de $27,5 > 64,3$

### **Synthèse des résultats du questionnaire SF 36 :**

D'après les résultats qu'on a obtenus dans la SF-36 de Mm Houria, on déduit que sa qualité de vie globale est évaluée de 27,5 elle est inférieure par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64,30. Et dans l'évaluation des

dimensions physique et mentale altéré, nous avons aussi remarqué la majorité des dimensions sont très inférieure par rapport à la norme du SF-36. Ce qui nous fait croire qu'elle a une mauvaise qualité de vie.

### 3. Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle CISS :

Tableau N°9 : Présentation et analyse de l'échelle CISS de Mm Houria :

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>La note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	47	39	14%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'émotion</b>	68	67	96%	De loin au-dessus de la moyenne
<b>L'évitement</b>	30	39	14%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Distraction</b>	14	42	21%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Diversions sociale</b>	13	44	27%	De loin en dessous de la moyenne

D'après les résultats de l'échelle CISS de Mm Houria qui est illustrés dans l'annexe N°9, nous constatons qu'elle adopte des stratégies de coping centrées sur l'émotion d'un percentile très élevé noter de 96% et qui est interprété comme loin au-dessus de la moyenne ,et diversion sociale de 27% et distraction avec un percentile de 21%, qui sont de loin en dessous de la

moyenne, et une stratégie centré sur la tâche et l'évitement de 14% qui est très en dessous de la moyenne .

### **Synthèse des résultats de la CISS :**

D'après les données recueillies dans l'échelle CISS, on constate que Mm Houria n'a pas un coping qualifiant la norme car elle utilise un coping centré sur l'émotion avec un percentile très élevé de 96% qui est de loin au-dessus de la moyenne.

### **Synthèse générale du cas :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mm Houria présente un vécu négatif en raison des répercussions de son trouble sur sa qualité de vie et son impact sur ses stratégies de coping. Elle souffre d'une instabilité relationnelle, émotionnelle et comportementale marquée par une impulsivité sous-tendue par le recours au passage à l'acte (tentatives de suicide et les automutilations). Dans la SF-36, on a déduit qu'elle avait une qualité de vie globale très inférieure à la norme d'un score de 27.5, ce qui renvoie à une mauvaise qualité de vie. Et dans la CISS, elle a eu un score de 96 % dans les stratégies de coping centrées sur l'émotion qui est très élevé par rapport à la norme. Donc on déduit que, Mm Houria mobilise un type de stratégies coping centré sur l'émotion face à ses situations stressantes qui est inadapté et négatif.

## **Cas 2): Mr Farid**

### **1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique**

#### **Semi- directif de Mr Farid :**

Après nous êtres présentées à Mr Farid qui était compréhensif et coopératif avec nous, on a pu lui poser les questions de notre guide d'entretien et récolter des informations, en vue de vérifier nos hypothèses.

Mr Farid est un jeune homme, âgé de 31 ans, il vit chez ses parents qui sont vivants. Il a quatre sœurs et deux frères, il est le cinquième parmi ses frangins. Son niveau d'instruction est moyen, célibataire et exerçait le métier d'un peintre.

L'entretien avec Mr Farid s'est déroulé en une séance dans la salle de visite de service « psychiatrie hommes » le matin qu'après sa stabilisation de crise. On était face à un patient déprimé et anxieux. Sa mimique était triste et adaptée aux propos. Ainsi son discours était clair et cohérent. Mr Farid maitrise pas la langue française ce qui fait on a eu le recours à la traduction de notre guide d'entretien en kabyle.

#### **Axe 1 : Informations sur l'hospitalisation**

Mr Farid était hospitalisé pour la deuxième fois au service psychiatrique pendant dix (10) jours en raison des troubles du comportement : tentative de suicide et automutilation. Nous avons pu déduire chez Mr Farid à travers son discours que ses automutilations étaient faites sans intention de mourir, pour lui ont pour but de soulager sa détresse émotionnelle interne. Selon Oumaya (2008) Les fonctions de l'automutilation chez les borderline sont diverses : elle procure un soulagement des états d'humeur négatifs et réduit la détresse.

Lorsqu'on lui a posé la question sur ce qu'il ressentait actuellement, sa réponse était : « bghigh adweligh akham ouligh ara bien dayi » (je veux rentrer chez moi, je ne suis pas bien ici). Nous constatant que Mr Farid n'est pas satisfait de son séjour à l'hôpital ce qui entraîne en lui plus de stress. On voyait aussi par les expressions de son visage une profonde tristesse.

### **Axe 2) informations sur le trouble borderline :**

Lorsqu'on a posé la question à Mr Farid quand est ce que sa maladie est apparue, sa réponse était : « bdigh tsuivigh g la psychiatrie g 2014 wahed 5 ans » (j'ai commencé à me soigner chez un psychiatre en 2014 ce qui fait 5 ans). Qu'on interprète comme premier signe clinique de TPB comme souligné par Auffret (2015) dans sa thèse que le diagnostic de TPB est classiquement posé à l'âge adulte ou enfin d'adolescence selon le DSM 5.

En lui demandant s'il y a des personnes dans sa famille présentent un trouble mental, il nous a répondu qu'il n'y a pas. Ensuite, on lui a posé la question s'il trouve des difficultés à contrôler ses émotions, nous répond : « oui assma adfek3egh outwalegh hed outafegh ara ikel imaniw » (oui quand je m'énerve je vois personnes je me contrôle pas). Qu'on interprète comme une impulsivité qui se manifeste par des colères intenses, ce qui est spécifique comme signe clinique à ce trouble dont il victime.

En outre, concernant son humeur, il réplique ainsi : « déprimigh ikel, lahzen ighayi » (je suis déprimé complètement, il y a la tristesse qui me tue). On constate que Mr Farid souffre d'une profonde détresse psychologique et on remarque en lui des signes cliniques de dépression marquée par une profonde tristesse et un dégoût vital ce qui complique son état psychique. Selon Zanarini

(2004) souligne que la dépression et les troubles de personnalité vont souvent de pairs qui aggravent les difficultés du traitement.

Quant on lui a demandé de nous décrire ses relations avec ses proches et au milieu professionnel, Mr Farid, nous raconte ainsi : « jamais tmesfhomegh doukham, sefkqa3neyi toujours, oma del khedma habsseght, aayigh g el3akliya n el 3ibad negh » (je m'entends jamais avec ma famille, tout le monde qui m'énerve, même j'ai arrêté le travail, j'e n'ai marre de la mentalité de nos gens). On constate que le mode de relations interpersonnelles de Mr Farid est de nature instable et intense qui entraîne une souffrance et une perturbation pour lui et pour son entourage. Selon Darcourt, Chainé & Guelfi (2002, in Féline et al.) Le sujet borderline porte des jugements extrêmes dans les relations ; tout blanc ou tout noir, l'autre est alors soit idéalisé, soit dévalorisé.

Par rapport à ses réactions du moment qu'il est contrariée, sa réponse était : « ayen oufigh zathi atherzagh, gezmeqh ifassniw s'el mouss, lahkeqh ami outhigh ima » (tous ce que je trouve devant moi je le casse, je m'automutile avec des l'armes blanches, je suis arrivé au point à frapper ma mère). Mr Farid relate qu'il s'engage dans différentes situations par l'agressivité envers lui-même et envers autrui, ainsi par la colère, l'agitation et l'automutilation pour réduire sa détresse psychologique.

Ainsi, quand on lui a demandé comment il se voyait nous répond : « zareqh imaniw normal aml3ivath, me3na neki kan damhlouk » (je me vois normal comme tout le monde, mais sauf que moi je suis malade). On remarque qu'il n'arrive pas à identifier son image de soi. Il est dans une représentation contradictoire entre l'idéalisation et dévalorisation.

Lorsqu'on lui a demandé s'il est dans le besoin d'avoir une personne au près de lui pour le rassuré, Mr Farid nous déclare ainsi : « thibigh baba uzmiresh ara adeligh bla neta, meme ima thibighite » (j'aime mon père, je ne peux pas vivre sans lui et ma mère aussi). On déduit qu'il est à la recherche du soutien du fait de la présence d'une dépendance à l'objet et d'une capacité d'attachement envers ses parents vue de son caractère anxieux et dépressif, l'impact de ce dernier serait particulier.

En ce qui concerne ses attentes de l'avenir, nous répond ainsi : « odzaregh ara l'avenir ynou, ohssigh ara s3igh neki l'avenir » (je ne vois pas mon avenir, je ne pense pas que j'ai un avenir). On déduit que Mr Farid a une image de soi fluctuante et négative ce qu'il lui est difficile de se projeter dans l'avenir. Et elle apparaît pour lui sans espoir.

### **AXE 2 : informations sur la qualité de vie :**

Lorsqu'on lui a demandé quels sont les changements qu'il constate avant et après sa maladie, Mr Farid nous répond par : « lhayatiw kamel tchounji, ligh dakhedam toura khati ligh tmissfhamagh del3ivad toura ortamnegh hed, aklin g la souffrance wahi th l3mriw » (ma vie est complètement changée, avant je travaillais et maintenant non, avant je m'entends avec les gens mais actuellement je fais confiance à personne). On voit là que les changements sont marqués par l'incapacité à travailler et à maintenir des relations stables avec son entourage ce qui lui crée de nombreux conflits dans sa vie et devenir méfiant sous-tendue par des conséquences négatives sur sa qualité de vie globale.

Par rapport à l'impact de sa maladie sur ses relations familiales et sociales, il nous répond en disant : « ipertubi ikel les relations ynou » (ma maladie a

perturbée toutes mes relations). Qu'on interprète comme impact négatif sur ses relations familiales et sociales ce qui favorise une plus faible qualité de vie.

Et pour ses difficultés quotidiennes, il nous dit : « probleme ynou ouss3igh ara elkhedma, bezef iyelan aayigh dayen » (mon problème je suis sans travail, il y a beaucoup de difficultés c'est bon je suis fatigué). On constate que Mr Farid souffre de nombreuses difficultés qu'il n'arrive pas à les gérer en toutes en raison de sa fatigabilité et d'ennui ce qui engendre une profonde souffrance et se répercute sur les dimensions de sa qualité de vie.

Concernant son état physique il nous a informés qu'il n'a aucun problème organique à part les cicatrices de ses automutilations qui couvrent ses bras et ses pieds ainsi il est sous traitement psychiatriques. Pour ce qui est sa qualité de sommeil et son alimentation, Mr Farid nous dit : «des fois ganegh des fois khati, itrouhyi nodam surtout assma adeligh ça va pas » (des fois je dors des fois non, je n'arrive pas à dormir surtout au moment où je suis ça va pas). Donc on remarque que Mr Farid souffre d'une diminution partielle de sommeil qui constitue quelque fois un obstacle au bon déroulement de ses activités quotidiennes. Quant à son alimentation il nous a informés qu'il a un manque d'appétit ce qui affecte le plus sa qualité de vie.

#### **Axe 4: Informations sur les stratégies de coping mobilisées par le sujet pour faire face à la maladie :**

Lorsqu'on a demandé à Mr Farid de nous parler et décrire ses craintes face à sa maladie, nous répond : « lahlakiw othogathegh ara, me3na meden ak 3yan zyi » (Ma maladie ne me fait pas peur, sauf que tout le monde on a marre de moi). On voit là que son discours reste centré sur des jugements extrêmes qu'il a des

autres et oscille entre confiance et craint ; ce qui rend son adaptation à l'environnement plus difficile.

En lui demandant comment qu'il affronte ses difficultés quotidiennes et comment qu'il fait pour trouver des solutions pour les résoudre, il nous répond ainsi : « jvdegh imaniw f koulech, anda iwfigh l mouchkil athva3theugh fless ; ma3na jamais ofighed des solutions ilmachakil ynou » (je m'éloigne de tout, là où je trouve un problème je m'éloigne ; mais je n'ai jamais trouvé des solutions à mes problèmes). On déduit que Mr Farid ne fait pas des tentatives pour résoudre ses problèmes et ne fait pas appel à la réflexion. Par contre sa réponse de faire face est centrée sur la fuite et l'évitement de la situation pour s'éloigner des sources du stress. Cette situation nous renvoie à ce qu'on a abordé dans la thèse de Lucie (2013) que l'évitement il s'agit d'une stratégie de bloquer les pensées déplaisantes et pratiquer avec excès des activités compensatoires pour faire face à la situation stressante.

En l'interrogeant sur comment qu'il prenait soin de lui, nous dit : « trouhegh gh lebher djebdegh imaniw aken adeligh bien ba3degh fel machakil » (je pars à la plage ; je m'isole pour me sentir bien loin des problèmes). On voit là que Mr Farid décrit ses activités compensatrices qui accompagnent sa stratégie de l'évitement, qui ont pour but de réduire son stress.

Au cours de sa maladie, Mr Farid déclare qu'il n'est pas bien soutenu par sa famille, il y a son père qui ne le prend pas en charge en raison du manque des ressources économiques. Ainsi ses frères ne cherchent pas après lui et il se sent négligé par son entourage. Selon Bijttebier & Vertommen, 1999, le manque de soutien social est un style de coping basé sur l'évitement est lié aux troubles de la personnalité en général.

### Synthèse de l'entretien clinique de Mr Farid

D'après les données qu'on a recueillies à travers cet entretien, Mr Farid présente des indicateurs significatifs de l'impact négatif de son trouble et qui est associé à une dépression et ce, en se basant sur la présence des signes d'une mauvaise qualité de vie et le recours à des stratégies de coping centrées sur l'évitement pour y faire face à ses situations stressantes.

### 2. Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 :

Tableau N°10 : présentation et analyse de SF-36 de Mr Farid

Dimension	Dimension physique				Dimension mental				QDV Globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	95	50	70	29,16	50	37,5	33,33	16	47,62
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

#### 1. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de  $95 < 70,61$
- Limitation physique RP qui est de  $50 < 52,92$
- Douleur physique BP qui est de  $70 < 70,83$
- Santé générale GH qui est de  $29,16 < 78,77$

D'après la cotation de questionnaire généraliste SF-36 de Mr Farid qui est illustrée dans l'annexe N°5, nous remarquons que Mr Farid présente un fonctionnement physique supérieur à la norme, par contre une limitation physique PF de  $50 > 52,92$  qui est proche de la norme, et une douleur physique BP  $70 > 70,83$  qui est dans la norme, mais aussi une santé générale GH de  $29,16 < 78,77$  qui est inférieure à la norme de SF-36.

### **2. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $50 < 70,38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $37,5 < 65,38$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $33,33 < 56,93$
- Santé mentale MH qui est de  $16 < 52,15$

Pour ce qui est des dimensions mentales, nous remarquons que Mr Farid présente une vitalité VT de  $50 < 70,38$  et un fonctionnement social SF de  $37,5 < 65,38$  qui sont inférieurs à la norme de SF-36, et il présente une limitation émotionnelle RE de  $33,33 < 56,93$ . Cependant une santé mentale qui est basse par rapport à la norme de SF-36 qui est de  $16 < 52,15$ .

### **3. La QLV Globale : qui est de $47,62 > 64,30$**

### **Synthèse des résultats du questionnaire SF 36 :**

D'après les résultats qu'on a obtenus du questionnaire SF-36 de Mr Farid, on déduit que sa qualité de vie globale est évaluée de 47,62 elle est inférieure par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64,30. Et dans l'évaluation des

dimensions physique et mentale altérées, nous avons aussi remarqué que la majorité des dimensions sont très inférieures par rapport à la norme du SF-36.

### 3. Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS :

Tableau N°11 : Présentation et analyse de l'échelle CISS de Mr Farid :

Les stratégies	La note brute	La note T	Le percentile %	Interprétation de la note T
<b>La tache</b>	28	18	2%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'émotion</b>	30	39	14%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'évitement</b>	57	68	96%	De loin au-dessous de la moyenne
<b>Distraction</b>	26	70	38%	En dessous de la moyenne
<b>Diversions sociale</b>	20	61	86 %	De loin au-dessus de la moyenne

D'après les résultats de l'échelle CISS de Mr Farid qui sont illustrés dans l'annexe N°10, nous constatons qu'il adopte des stratégies de coping centrées sur l'évitement d'un percentile très élevé noter de 96% et par la suite sur la diversion sociale de 86%, qui sont interprétés comme loin au-dessus de la moyenne, ensuite la distraction de 38 %, qui est en dessous de la moyenne, puis

après sur l'émotion avec un percentile de 14% et la tache de 2%, ces derniers sont de loin en dessous de la moyenne.

### **Synthèse des résultats de CISS :**

D'après les données recueillies dans l'échelle de CISS, on constate que Mr Farid n'adopte pas un coping régulier ou dans les normes car il utilise un coping centré sur l'évitement qui est de loin au-dessous de la moyenne.

### **Synthèse générale du cas :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Farid présente une détresse psychologique à caractère dépressif et une instabilité relationnelles et émotionnelle marquée par une impulsivité sous-tendue par des automutilations et l'alternance d'idées suicidaires ainsi par une hétéro et auto-agressivité, se qui se répercute sur sa qualité de vie et sur ses stratégies d'ajustement. Dans la SF-36, on a déduit qu'il avait une qualité de vie globale inférieure à la norme d'un score de 47,62, ce qui renvoie à une mauvaise qualité de vie. Et dans la CISS, il a eu un score de 96 % dans les stratégies de coping centrées sur l'évitement qui est très élevé par rapport à la norme. Donc on déduit que, Mr Farid mobilise un type de stratégies coping centré sur l'évitement face à ses situations stressantes qui est inadapté et négatif.

### Cas 3) Melle Hanane

#### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique

##### Semi- directif de Melle Hanane

Melle Hanane est une jeune fille, âgée de 24 ans, elle vit chez ses parents. Quand elle avait 12 ans a perdu sa mère qui est décédée d'un cancer puis son père s'est remarié pour une deuxième fois. Elle a trois sœurs et deux frères (un qui s'est suicidé depuis 5 ans), elle est la plus jeune parmi ses frangins. Son niveau d'instruction est secondaire, célibataire et elle est stagiaire en secrétariat.

L'entretien avec Melle Hanane s'est déroulé en une séance dans le bure au de chef service « psychiatrie femmes » durant sa stabilisation sur le plan clinique. Elle était très anxieuse et désespérer. Son discours était cohérent et clair. Par rapport à sa posture, elle était bien portante, propre, bien coiffée et bien habiller. Melle Hanane était une brillante élève, en plus s'exprime très bien en français, donc on n'a pas eu recours à la traduction du guide d'entretien avec elle.

Melle Hanane était hospitalisée pour la première fois dans le service psychiatrique pendant sept (7) jours en raison des troubles du comportement : instabilité psychomotrice et tentative de suicide. Son état de santé avant son hospitalisation, elle était en rechute, en crise et en agitation surtout. Durant son séjours à l'hôpital ressentait un mal-à-l'aise profond et une insatisfaction en disant : « *je ne suis pas à l'aise, je ressens un grand vide, en plus ne sont pas gentils* ». Selon Starr (2004), les patients borderline se sentent souvent mal accueillis dans les hôpitaux. Ainsi, elle nous révèle qu'elle

souffrait de son trouble depuis six (6) ans de cela qu'elle a commencé à se soigner chez un psychiatre, en clinique cela signifie l'apparition des signes cliniques de TPB qui sont marqués qu'au début de l'âge adulte. Elle nous rapporte aussi que l'un de ses frères était déjà hospitalisé plusieurs fois en psychiatrie et puis il s'est suicidé. Donc nous constatant à travers son discours qu'il y a une prédisposition héréditaire qui a favorisée le développement de ce trouble chez Melle Hanene. Cette situation nous renvoie à ce qu'on a abordé aussi dans la revue de la littérature de Debabéche et all (2007), que parmi les facteurs de risque de ce trouble borderline, soulignent le rôle d'une prédisposition héréditaire ayant pour origine de son développement.

En outre, nous déclare qu'elle trouve des difficultés à contrôler et à gérer ses émotions en disant : « *tnervigh rapidement outafegh ara imaniw* » (je m'énerve rapidement, je n'arrive pas à me retenir » et quant à son humeur, elle se sent déprimée en disant : « *toura haznegh mais change en rapport avec les autres, les gens aiment la politique et moi je n'aime pas les critiques, ça m'énerve* » (maintenant je suis triste mais elle change en rapport avec les autres, les gens aiment la politique et moi je n'aime pas les critiques, ça m'énerve). On note des fluctuations de l'humeur et une instabilité émotionnelle très apparente et elle est nettement sensible au contexte de son environnement. Ainsi, concernant ses relations avec ses proches et au milieu professionnel, nous déclare : « *j'ai des problèmes avec la femme de mon père, depuis je m'entends pas avec mon père, j'ai été déjà fiancée mais que des bagarres puis on s'est séparés, par contre je n'aime pas mon frère.....il a essayé de m'agresser sexuellement quand j'avais 15 ans .....Pleure je ne veux pas parler de ça.... mais en stage parfois bien parfois non* ». On remarque que Melle Hanane souffre d'une carence

affective suit à la perte de sa mère qui est décédée et on déduit aussi que son discours reste centré sur ses conflits relationnels soit dans le milieu familial ou dans le milieu professionnel et sur l'agression sexuelle dont elle a pu être victime. Selon Douglas (2013) le TPL ne peut pas être attribué qu'à un seul facteur, toutefois de nombreux individus atteints de TPL présentent des antécédents d'abus physique ou psychologique, ont souffert de carence affective ou de séparation tôt dans l'enfance.

En effet, du moment qu'elle est contrariée ses réactions étaient à travers son discours : « *quand j'étais séparée avec mon fiancé j'ai écrit son nom sur mon bras par une lame, ça m'a pas fait mal, en 2012 j'ai essayé de me suicidé cinq (05) fois* ». On constate qu'elle réagit, le plus souvent, plutôt en actes qu'en paroles (des tentatives de suicide, des automutilations, impulsivité et de la colère). Par contre elle se voyait une bonne personne n'a pas des regrets et pour elle le recours à ces comportements autodestructeurs est la seule solution afin de soulager sa détresse et sa douleur émotionnelle interne. Elle nous rajoute aussi qu'elle est dans le besoin d'avoir une personne au près d'elle pour l'a rassuré en clinique cela signifie, que Melle Hanane est très sensible au rejet et l'abondant ainsi ses attentes en vers l'avenir rien n'est souhaitable pour elle. Elle est désespérée complètement.

Par conséquent, Melle Hanane constate de nombreux changements suit à sa maladie que parmi eux sont à travers son discours : « *depuis que je suis tombée malade, j'ai arrêté mes études, je me suis isolée pendant une bonne période* ». On déduit qu'elle souffre en termes d'incapacité et de difficultés qu'au niveau de satisfaction dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et ses projets. Ainsi, par rapport à son impact sur ses relations familiales et sociales, à travers son discours est négatif lui crée des conflits,

par conséquent elle fugue souvent de son domicile familial et trouve des difficultés au milieu professionnelle. Donc cette situation l'amène à vivre une variété d'émotions souvent intenses : découragement, impuissance, colère et angoisse, ce qui permet en perspective à nuire sa qualité de vie globale.

De plus, concernant son état physique elle nous a informées qu'elle est diabétique et elle prend de l'insuline trois fois. Elle est aussi sous traitement psychiatrique, d'après son discours, nous dit : « *je suis diabétique je prends des médicaments depuis très longtemps, ils me perturbent vraiment* ». On constate que Melle Hanane à son jeune âge souffre d'une comorbidité et des effets négatifs du traitement ce qui influencent sur son fonctionnement psychologique et génèrent des complications intense dans sa vie. Ensuite pour ce qui est sa qualité de sommeil est mauvaise en raison qu'elle trouve des difficultés à s'endormir en disant : « *je prends Kietyl pour que je puisse dormir* » et son alimentation est mauvaise en raison de son diabète, elle devrait suivre un régime mais au vue son mode de fonctionnement mental ne respecte pas son régime.

Par ailleurs, Melle Hanane nous a décrit ses craintes face à sa maladie qu'elle a peur d'être seule et qu'ils s'éloignent d'elle ses proches en clinique signifie « la crainte face à l'abandon ». Quant à la manière dont elle affronte ses difficultés quotidiennes et comment qu'elle trouve des solutions pour résoudre ses problèmes est à travers son discours : « *la seule est le suicide, je fais souvent chema (la chique) qui me soulage de mon stress* ». On remarque un appauvrissement de la pensée, est une personne qui fait pas un effort pour réfléchir, elle réagit directement par le comportement qui est le passage à l'acte et se mêle vers l'addiction et sans penser aux conséquences, cela signifie en clinique qu'elle fait recours à des stratégies inadaptés négatives

pour faire face à ses difficultés et ce qui peut renforcer sa souffrance psychologique et favorisée une plus faible qualité de vie.

Etant donné, Melle Hanane a des points positifs est très motivée et ambitieuse, elle prenait soin d'elle, nous dit : « *je fais le sport, j'aime me faire belle, je fais des achats, j'aime m'habiller même si je ne suis pas bien j'aime toujours être classe* ». On remarque qu'elle essaie de s'en sortir de son stress cela c'est positif mais malheureusement qui ne dure pas assez longtemps car quoique elle déploie beaucoup d'énergie pour donner une bonne image d'elle afin d'éviter le rejet.

Enfin, Au cours de sa maladie, nous déclare qu'elle est bien soutenue par sa famille dans le projet de soin, il y a son père qu'il la prend en charge et l'une de ses sœurs mariée qui l'aide du moment où elle se sent ça va pas ou elle s'entend pas avec sa belle mère, elle dort chez elle mais toujours le sentiment de vide l'accompagne et se sent toujours incomprise par les autres du coup le stress et l'anxiété deviennent intenses, sinon nous rapporte aussi qu'elle travail pour subvenir à ses besoins.

**2-Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF 36 :**

Tableau N°12 : Présentation et analyse de SF-36 de Melle Hanene

	Dimension physique				Dimension mental				
Dimensio n	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	90	75	100	87.5	60	75	100	28	76.93
MOS- SF36	70 ,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

**1. Les dimensions physiques :**

- Fonctionnement physique PF qui est de 90 > 70,61
- Limitation physique RP qui est de 75 > 52,92
- Douleur physique BP qui est de 100 > 70,83
- Santé générale GH qui est de 87,5 > 78,77

D'après la cotation de questionnaire généraliste SF-36 de Melle Hanene qui est illustrée dans l'annexe N°6 , nous remarquons que Melle Hanene présente un fonctionnement physique PF 90 > 70,61 supérieur à la norme, et une douleur physique BP 100 > 70,83 qui est trop supérieure à la norme et qui est la plus dominante dans les dimensions physique du SF-36 , mais aussi la

limitation physique RP  $75 > 52,92$  et la santé générale GH de  $87,5 > 78,77$  qui sont plus au moins supérieur à la norme.

### **2. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $60 < 70,38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $75 > 65,38$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $100 > 56,93$
- Santé mentale MH qui est de  $28 < 52,15$

Pour ce qui est des dimensions mentales Melle Hanene, présente une vitalité VT qui est inférieure à la norme de  $60 > 70,38$  , et un fonctionnement social SF supérieur à la norme de  $75 > 65,38$  , cependant une évaluation dominante de la limitation émotionnelle RE trop supérieure à la norme qui est de  $100 > 56,93$  , et une estimation médiocre de la santé mentale MH qui est de  $28 < 52,15$  inférieure à la norme de SF-36.

### **3. QLV Globale :** qui est de $76,93 > 64,3$

### 3. Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS :

Tableau N°13 : Présentation et analyse de l'échelle CISS de Melle Hanene :

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>La note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	41	33	5%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'émotion</b>	60	60	84%	De loin au-dessus de la moyenne
<b>L'évitement</b>	38	46	35%	En dessous de la moyenne
<b>Distraction</b>	18	48	42%	Légèrement en dessous de la moyenne
<b>Diversions sociale</b>	13	44	27%	De loin en dessous de la moyenne

D'après la cotation de l'échelle (CISS) de Melle Hanene qui est illustrée dans l'annexe N°11 , on constate que elle a eu un percentile le plus élevée qui est noté de 84% dans la stratégie centré sur l'émotion qui est de loin au-dessus de la moyenne, donc on relève que Melle Hanene utilise des stratégies de coping centré sur l'émotion, et puis après la distraction, qui a un percentile de 42% qui se trouve Légèrement en dessous de la moyenne, par la suite l'évitement avec un percentile de 35% qui est en dessous de la moyenne et en dernier la diversion

sociale d'un percentile de 27% et la tache de 5%, ces dernières se trouve de loin en dessous de la moyenne.

### **Synthèse générale du CISS :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Melle Hanene présente une douleur psychologique et sociale en raison de son trouble dont elle est victime. Elle souffre d'une instabilité relationnelle, émotionnelle et de l'image de soi marquée par une impulsivité sous-tendue par le recours au passage à l'acte et l'addiction ; ce qui a entraîné des répercussions considérables notamment sur sa qualité de vie et il a influencé sur ses stratégies d'ajustement. D'après les résultats qu'on a obtenus du questionnaire SF-36 de Melle Hanene, on déduit que sa qualité de vie globale est évaluée de 76,93 elle est supérieure par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64,30, ce qui renvoie à une bonne qualité de vie. Et dans l'évaluation des dimensions physique et mentale altéré, nous avons aussi remarqué la majorité des dimensions sont très supérieures par rapport à la norme du SF-36. Quant à les résultats qu'on a obtenus dans l'échelle de CISS, on déduit qu'elle n'a pas un coping régulier ou dans la norme, car Melle Hanene utilise un coping centré sur l'émotion, qui est le plus dominant c'est-à-dire très élevé par rapport à la norme. Donc cette centration sur l'émotion est fortement liée aux émotions négatives (irritabilité, colère, chagrin...etc)

Nous rajoutant que lors de la confrontation des données de l'entretien et de l'échelle SF-36 de Melle Hanane, les résultats différents quant à la nature de la qualité de vie et que sans doute cela est du à la volonté du sujet à donner une bonne image de lui et de ce fait la présence d'une certaine résistance à l'échelle.

### Cas 4) Mme Amel

#### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique

##### **Semi- directif de Mm Amel :**

Mm Amel est une jeune femme, âgée de 36 ans. Sa mère est vivante et quand elle avait 17 ans a perdu son père qui est décédé d'une crise cardiaque. Elle a une sœur et de deux frères, elle est la troisième parmi ses frangins. Son niveau d'instruction secondaire, mariée, mère de 04 enfants et femme au foyer.

L'entretien avec Mm Amel s'est déroulé en une séance dans le bureau de chef service « psychiatrie femmes » le matin qu'après avoir attendu la réalisation de sa stabilisation. On était face à une patiente qui ne verbalise pas beaucoup son vécu. Sa mimique était anxieuse et son humeur déprimée et adaptée aux propos. Elle n'a pas trop investie durant l'entretien. Par contre maîtrise bien la langue française, donc on n'a pas eu recours à la traduction du guide d'entretien avec elle.

Mm Amel était hospitalisée pour la première fois dans le service psychiatrique pendant dix-sept (17) jours en raison des troubles du comportement : l'agression verbale et physique et tentative de suicide. Son état de santé avant son hospitalisation, elle était en rechute, en crise et en agitation. Durant son séjour à l'hôpital ressentait qu'elle n'était pas bien prise en charge par l'équipe de soins. Ainsi, elle nous révèle qu'elle souffrait de son trouble depuis 2008 ça fait dix (10) ans de cela qu'elle a commencé à se soigner chez un psychiatre, en clinique cela signifie l'apparition des signes cliniques de TPB qui sont marqués qu'au début de l'âge adulte comme précisé dans les classifications psychiatrique. Elle nous rapporte aussi que l'un de ses frères se soigne chez un psychiatre. Donc nous constatant à

travers son discours qu'il y a une prédisposition héréditaire qui a favorisée le développement de ce trouble chez Mm Amel.

En outre, elle a nous déclaré qu'elle n'arrive pas à contrôler ses émotions et que son humeur est déprimée et très anxieuse, en disant : « *thaneftsithiw taaya, haznegh ken rnigh tkelikegh bezef* ». (Je suis fatiguée psychologiquement, je suis seulement triste et je me stress beaucoup). On déduit chez Mm Amel une instabilité émotionnelle et une humeur déprimée qui s'exprime par une anxiété intense. Ainsi, concernant ses relations avec ses proches, nous réplique : « *s3igh el machakil wahi dorgaziw d el familia yness, déjà aklin ghour wletma oussan ayi outsoportigh ara lahdournssen, meme ima terna ghorensen tgami aytefhem* » (j'ai des problèmes avec mon mari et ma belle famille, déjà je vis chez ma sœur ces jours si, je ne supporte pas leur discours, même ma mère est complice avec eux, elle ne voulait pas me comprendre). On constate que Mm Amel, souffre d'une instabilité relationnelle dans le milieu familial, ce qui l'a poussé à quitter son mari et d'y aller vivre chez sa sœur pendant une période en raison qu'elle ne supporte personnes et elle se sent incomprise par son entourage. Selon Zanarini et al. (2005) ont démontré que la sévérité des symptômes du TPL influence négativement les probabilités d'être marié ou de vivre avec un conjoint(e).

En effet, du moment qu'elle est contrariée ses réactions étaient de recours au passage à l'acte : des tentatives de suicide et l'agression. Elle nous a déclaré qu'elle était très agressive envers sa mère et ses enfants. Cette situation nous renvoie à ce que nous avons abordé dans la littérature que les sujets borderline sont souvent basées sur des interprétations erronées de

situations, les conduisent à maltraiter les autres, y compris et surtout les membres de la famille.

Ainsi, par rapport à son image de soi, nous révèle : « del3aley, mais dwidhak wahi dhmenhou it3ichegh iyitpossin adeligh dheriyi » (je suis une bonne personne, mais ceux avec qui je vis qui me pousse à être mauvaise). On remarque que son discours est centré sur une image de soi instable elle oscille entre l'idéalisation et dévalorisation quant à ces mauvaises images sont projetées sur autrui. Elle nous rajoute aussi qu'elle est dans le besoin d'une personne qui va la soutenir, elle préfère toujours qu'elle soit accompagner. Par rapport à ses attentes de l'avenir que c'est seulement des jours qui passent et qu'elle n'attend rien de cet avenir.

Par conséquent, Mm Amel constate de nombreux changements suite à sa maladie que parmi eux à travers son discours qu'elle ne sourit pas comme avant, elle n'est plus heureuse, ses relations sont perturbées et n'arrive pas à accomplir ses tâches quotidiennes envers son mari et ses enfants. Selon Hoffman et al. (2003) suggèrent que presque tous les critères diagnostiques du TPL affectent directement la qualité des relations conjugales, et tout de même peut se répercuter sur la qualité de vie globale

De plus, concernant son état physique elle nous a informées qu'elle n'a aucune maladie organique. Elle est seulement sous traitement psychiatrique qu'elle estime qu'il perturbe son fonctionnement psychologique quant à ses effets secondaires. Pour ce qui est sa qualité de sommeil et de l'alimentation, nous dit : « je ne dors pas facilement, parfois je fais des nuits blanches, et je ne cherche pas à manger n'a pas une grande importance pour moi ». On constate que Mm Amel souffre d'un manque de sommeil et d'une mauvaise

qualité d'alimentation ce qui peut avoir de multiples conséquences néfastes sur sa santé physique et mentale et favorisée une plus faible qualité de vie.

Par ailleurs, Mm Amel nous a décrit ses craintes face à sa maladie, qu'elle a peur de perdre les liens avec les membres de sa famille surtout de ses enfants et son mari. Selon Zanarini et al (2007), les personnes atteintes du trouble borderline sont sujettes à un sentiment de vide intérieur et/ou d'ennui. Dans ce sens, on comprend que Mm Amel est nettement sensible au rejet en effet cet état émotionnel augmente l'intensité de stress et de l'angoisse. De ce fait, elle fait en sorte de recourir à des stratégies défensives négatives inadaptés pour y faire face à son stress et réduire sa douleur émotionnelle interne également qui sont l'agression verbale et physique, la colère et tentative de suicide.

Quant à la manière dont elle affronte ses difficultés quotidiennes et comment qu'elle trouve des solutions pour résoudre ses problèmes est à travers son discours : « je n'ai pas de solution, je préfère qu'il est quelqu'un avec moi pour les résoudre je n'arrive pas seule, je pleure souvent, je dois faire quelque chose pour me calmer ». On déduit à travers son discours que son style de faire face est négatif centré sur l'émotion, en effet elle s'exprime par les pleures, par le passage à l'acte, ainsi que la plainte associée à une demande d'aide, ce qui rend son intégrité et son adaptation aux situations stressantes plus difficile et se répercute sur sa qualité de vie globale.

Etant donné, Melle Hanane n'est pas trop motivée et la caractéristiques de son fonctionnement est anxieuses et dépressives. De ce fait, elle est davantage en proie à un sentiment de solitude, d'ennui, de vide, d'irritabilité, de désespoir avec un quasi absence de ralentissement.

Enfin, Au cours de sa maladie, nous déclare qu'elle est bien soutenue par sa famille dans le projet de soin, y a sa sœur qui est médecin qui la prend en charge et un peut de soutien de la part son mari malgré la distance tient toujours à subvenir ses besoins et les besoins de ses enfants.

### 2. Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF 36 :

Tableau N°14 : Présentation et analyse de SF-36 de Mm Amel

	Dimension physique				Dimension mental				
Dimension	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	QDV Globale
QDV	70	0	80	20,83	45	37,5	0	32	35,66
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

#### 4. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de  $70 < 70,61$
- Limitation physique RP qui est de  $0 < 52,92$
- Douleur physique BP qui est de  $80 > 70,83$
- Santé générale GH qui est de  $20,83 < 78,77$

D'après la cotation de questionnaire généraliste SF-36 de Mm Amel qui est illustrée dans l'annexe N°7, nous remarquons que Mm Amel présente un fonctionnement physique PH qui est dans la norme  $70 < 70,61$ , une estimation médiocre de la limitation physique de  $0 < 52,92$  très basse à la norme et qui est

nulle , et la douleur physique BP qui est de  $80 < 70,83$  qui est un peu supérieure à la norme , une estimation basse de la santé générale  $20,83 < 78,77$  qui est très inférieure à la norme de SF-36.

### **5. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $45 < 70,38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $37,5 < 65,38$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $0 < 56,93$
- Santé mentale MH qui est de  $32 < 52,15$

### **6. QLV Globale :** qui est de $35,66 > 64,3$

Pour ce qui est des dimensions mentales Mm Amel présente une vitalité VT de  $45 < 70,38$  et un fonctionnement social SF de  $37,5 < 65,38$  qui sont inférieurs à la norme de SF-36, une limitation émotionnelle RE nulle de  $0 < 56,93$ . Cependant une santé mentale qui est basse par rapport à la norme de SF-36 qui est de  $32 < 52,15$ .

### 3. Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS :

Tableau N°15 : présentation et analyse de l'échelle CISS de Mm Amel :

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>La note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	34	26	2%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'émotion</b>	55	56	73%	De loin au-dessus de la moyenne
<b>L'évitement</b>	27	36	8%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Distraction</b>	14	42	21%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Diversión sociale</b>	6	32	4%	De loin en dessous de la moyenne

D'après la cotation de l'échelle CISS de Mm Amel qui est illustrée dans l'annexe N°12 , on constate qu'elle a eu un percentile le plus élevé qui est noté de 73% dans la stratégie centré sur l'émotion qui est de loin au-dessus de la moyenne, donc on déduit que Mm Amel utilise des stratégies de coping centrées sur l'émotion en premier point, et puis après la distraction, qui a un percentile de 21% qui se trouve de loin en dessous de la moyenne, par la suite l'évitement avec un percentile de 8% qui est de loin en dessous de la moyenne et en dernier la diversion sociale d'un percentile de 4% et la tache de 2%, ces dernières se trouve très en loin en dessous de la moyenne.

### **Synthèse générale du cas :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mm Amel présente une extrême souffrance psychique suite à sa maladie. On a déduit qu'il existe des signes éventuels indiquant une mauvaise qualité de vie du fait qu'elle présente des manifestations hétéro et auto-agressivité, des conflits interpersonnelles et des fluctuations d'humeur et des stratégies de faire face centrées sur l'émotion (la colère, la tristesse et le passage à l'acte..etc). D'après les résultats qu'on a obtenus du questionnaire SF-36 de Mm Amel, on déduit que sa qualité de vie globale est évaluée de 35,66 elle est inférieure par rapport à la norme de SF-36 qui est de 64,30. Et dans l'évaluation des dimensions physique et mentale, nous avons aussi remarqué des scores soit plus que la moyenne soit très en dessous de la norme par rapport à la SF-36, Ce qui résulte chez Mm Amel une mauvaise qualité de vie. Quant à les résultats qu'on a obtenus dans l'échelle de CISS, on déduit qu'elle n'a pas un coping régulier où dans la norme, car Mm Amel utilise un coping centré sur l'émotion, qui est le plus dominant c'est-à-dire très élevé par rapport à la norme, qui est interprété comme de loin au-dessus de la moyenne, et une stratégie centrée sur la tâche et la diversion social anéantis.

## Cas 5) Mr Rahim

### 1. Présentation et analyse des données de l'entretien clinique

#### Semi- directif de Mr Rahim

Mr Rahim est âgé de 33 ans. Il vit chez ses parents qui sont vivants. Il a quatre sœurs et cinq frères, il est le troisième parmi ses frangins. Son niveau d'instruction est primaire, célibataire et il exerce le travail de la maçonnerie.

L'entretien avec Mr Rahim s'est déroulé dans la salle de visite de service « psychiatrie hommes ». On était face à un patient qui n'arrive pas à bien exprimer son vécu. Sa mimique était anxieuse et son humeur déprimée. Il ne maîtrise pas la langue française ce qui fait on a eu recours à la traduction de notre guide d'entretien en kabyle.

Mr Rahim était hospitalisé pour la première fois dans le service psychiatrique pendant vingt-cinq (25) jours en raison d'une tentative de suicide et d'une dépression. Son état de santé avant son hospitalisation, il était déstabilisé sur le plan comportemental et émotionnel. Durant son séjours à l'hôpital ressentait une satisfaction, en disant : « *gekham oufigh ara imaniw, dayi treposigh chwiya* » (je me retrouve bien ici que chez moi, je me repose un peu). On constate que Mr Rahim s'est bien adapté dans son nouveau milieu hospitalier et se sent bien reposer.

Ainsi, il nous révèle qu'il souffrait de son trouble depuis dix (10) ans. Mais il n'a jamais cherché à se soigner chez un psychiatre en raison qu'il croit en lui qui n'est pas malade ce n'est qu'une boule d'angoisse, nous dit : « *ouyouwigh kra, la maladie ynou d l'angoisse ken* » (je ne suis pas malade ; ma maladie ce n'est que de l'angoisse). On remarque là que notre

patient déni la réalité et banalise son état pour donner une bonne image de lui. Il nous rapporte aussi qu'il n'y a aucun membre de sa famille à des antécédents psychiatriques.

En outre, nous déclare qu'il trouve des difficultés à contrôler et à gérer ses émotions en disant : « tafegh sou3oubat aken agirigh les sentiments ynou » (je trouve des difficultés à gérer mes sentiments) et quant à son humeur, nous dit: « temps en temps ça va, dé fois stressé, sa3a triste, sa3a reposé » (temps en temps ça va, parfois je suis stressé, triste et reposé). Donc là on note que son humeur reste pas stable change d'un moment à un autre. Selon Black et al (2007), Les plaintes de ce trouble concernent l'instabilité et un mauvais contrôle de l'émotion. Ainsi, concernant ses relations avec ses proches et au milieu professionnel, nous déclare : « al3alakath ynou wahi d el familya ynou chwiya gel khedma ça va pas thousough imaniw dezyada » (mes relations avec ma famille sont un peu perturber, dans le milieu de travail ça va pas et je ressens que je suis un plus). On constate chez Mr Rahim souffre d'une instabilité relationnelle qui entraîne en lui un sentiment de jugement négatif.

En effet, du moment qu'il est contrarié ses réactions étaient à travers son discours : « une fois fek3egh thoufough ad3alegh le mal il3amriw, tekrezigh, une fois outhigh imaniw gh el hit, outhigh imaniw sel mouss » (une fois que je suis énervé je cherche à me faire du mal, je me suis bousculer contre un mur, j'ai fais une tentative d'agression en vers moi-même avec une arme blanche « le couteau »). On remarque que la colère de Mr Rahim se manifeste par des comportements autodestructeurs ce qui influence sur son état psychique et physique. Cette situation nous renvoie à ce que nous avons abordé dans la revue de la littérature de Darcourt, Chaine & Guelfi (2002) que l'impulsivité. Elle peut se manifester par une agressivité injustifiée, des colères

inappropriées, des agitations ; ce qui est spécifique à ce trouble est l'auto-agressivité.

Par rapport à son image de soi, il nous dit : « *degoutigh, mihalkegh aka kerhegh imaniw* » (je suis dégoûté, depuis que je me suis tombé malade, je me déteste). On remarque que Mr Rahim a une mauvaise image de lui et une faible estime de soi. Par contre, il n'a pas des regrets. Il nous rajoute aussi qu'il est dans le besoin d'avoir une personne au près de lui pour le soutenir et pour ses attentes de l'avenir, il n'a pas des objectifs et son regard en vers l'avenir est obscure.

Par conséquent, Mr Rahim constate de nombreux changements suite à sa maladie que parmi eux sont à travers son discours qu'il n'arrive pas exercer son travail comme avant, toujours triste, il ne parle pas beaucoup. On déduit une certaine diminution dans la réalisation de ses tâches quotidiennes et un changement dans la nature de son caractère. Cela influence sans doute sur sa qualité de vie personnelle. De plus, concernant son état physique nous a informé qu'il n'a aucun problème organique et seulement il est sous traitement psychiatrique ; ce qui perturbe à travers son discours son fonctionnement psychologique.

Concernant sa qualité de sommeil est mauvaise vu son problème de stress qui est permanent lui empêche de s'endormir. Quant à sa qualité d'alimentation plus ou moins bonne.

Par ailleurs, Mr Rahim nous a pas décrit ses craintes face à sa maladie car pour lui n'est pas vraiment malade ce n'est qu'une période difficile et ça va se passer. Quant à la manière dont il affronte ses difficultés quotidiennes et comment qu'il trouve des solutions pour résoudre ses problèmes est à travers

son discours : « *tkhemimegh psychologiquement adafegh la solution aken adrécupirigh imaniw* mais oulach suicide» (je réfléchis psychologiquement pour trouver la solution pour me récupérer mais il y on pas, c'est le suicide). On remarque que Mr Rahim fait un peu d'effort pour chercher des solutions à ses difficultés mais on déduit à travers son fonctionnement utilise des stratégies de faire face inadaptes, qui sont le recours au passage à l'acte.

Enfin, Au cours de sa maladie, nous déclare qu'il est bien soutenue par sa famille dans le projet de soin, il y a son père et ses frères qu'il le prend en charge et subvenir à ses besoins. Donc là on voit bien qu'il y a un apport familial positif en vers Mr Rahim ; ce qui participe à l'amélioration de son état psychique et physique et réduire son stress.

## 2. Présentation des résultats et analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF 36 :

Tableau N°16 présentation et analyse de SF-36 de Mr Rahim

Dimension	Dimension physique				Dimension mental				QDV Globale
	PF	RP	BP	GH	VT	SF	RE	MH	
QDV	85	100	80	29,16	50	50	0	20	51,77
MOS-SF36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,38	65,78	56,93	52,15	64,3

### 1. Les dimensions physiques :

- Fonctionnement physique PF qui est de  $85 > 70,61$
- Limitation physique RP qui est de  $100 > 52,92$

- Douleur physique BP qui est de  $80 > 70,83$
- Santé générale GH qui est de  $29,16 > 78,77$

D'après la cotation de questionnaire généraliste SF-36 de Mr Rahim qui est illustrée dans l'annexe N°8, nous remarquons que Mr Rahim présente un fonctionnement physique PF  $85 > 70,61$  supérieur à la norme, et une limitation physique BP  $100 > 70,83$  qui est trop supérieure à la norme et qui est la plus dominante dans les dimensions physique du SF-36, et la douleur physique BP  $80 > 52,92$  qui est elle aussi légèrement supérieure à la norme, par contre une estimation très basse de la santé générale qui est de  $29,16 < 78,77$  par rapport à la norme de SF-36

### **2. Les dimensions mentales :**

- Vitalité VT qui est de  $50 < 70,38$
- Fonctionnement social SF qui est de  $50 < 65,38$
- Limitation émotionnelle RE qui est de  $0 < 56,93$
- Santé mentale MH qui est de  $20 < 52,15$

### **3. QLV Globale :** qui est de $51,77 > 64,3$

Pour ce qui est des dimensions mentales Mr Rahim, présente une vitalité VT de  $50 > 70,38$  et un fonctionnement social SF de  $50 > 65,38$  qui sont inférieurs à la norme, cependant une limitation émotionnelle nulle de  $0 > 56,93$ , et une estimation médiocre de la santé mentale MH qui est de  $20 < 52,15$  inférieure à la norme de SF-36.

### 3. Présentation des résultats et analyse des notes de l'échelle du CISS :

Tableau N°17 : Présentation et analyse de l'échelle CISS de Mr Rahim :

<b>Les stratégies</b>	<b>La note brute</b>	<b>La note T</b>	<b>Le percentile %</b>	<b>Interprétation de la note T</b>
<b>La tache</b>	30	20	2%	De loin en dessous de la moyenne
<b>L'émotion</b>	48	56	73%	De loin au-dessous de la moyenne
<b>L'évitement</b>	28	42	21%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Distraction</b>	12	43	24%	De loin en dessous de la moyenne
<b>Diversión sociale</b>	13	48	42%	Légèrement en dessous de la moyenne

D'après la cotation de l'échelle CISS de Mr Rahim qui est illustrée dans l'annexe N°13 , on constate qu'il a eu un percentile le plus élevé qui est noté de 73% dans la stratégie centré sur l'émotion, donc on relève que Mr Rahim utilise des stratégies de coping centré sur l'émotion, et puis après la diversion sociale,

qui a un percentile de 42% qui se trouve Légèrement en dessous de la moyenne, par la suite la distraction avec un percentile de 24% qui est loin en dessous de la moyenne et en dernier l'évitement d'un percentile de 24% et la tache de 2% ces dernières se trouve de loin en dessous de la moyenne.

### **Synthèse générale du cas :**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, Mr Rahim présente une difficulté interpersonnelle, une symptomatologie dépressive, un mauvais contrôle de l'émotion, une instabilité de l'image de soi et des humeurs fluctuantes marquées par une impulsivité sous-tendue à des comportements autodestructeurs : auto-agressivité et tentative de suicide, ce qui se répercute sur sa qualité de vie et engendre une influence sur son style de coping. D'après les résultats qu'on a obtenus du questionnaire SF-36, on déduit que sa qualité de vie globale est évaluée de 51,77 une légère dimension par rapport à la norme du SF-36 qui est de 64,30. Et dans l'évaluation des dimensions physiques nous avons remarqué des scores élevés plus que la moyenne et dans les dimensions mentales des scores très en dessous de la norme de SF-36. Ces données nous résument une bonne santé physique mais aussi une mauvaise santé mentale ; donc on déduit une mauvaise qualité de vie chez Mr Rahim. Quant à les résultats obtenus de l'échelle CISS, on déduit qu'il n'a pas un coping qualifiant la norme car il utilise un coping centré sur l'émotion qui est de loin au-dessous de la moyenne, et une stratégie centrée sur la tache anéantis qui est de loin en dessous de la moyenne.

Dans ce qui suit, nous allons présenté et discuté nos hypothèses.

### II. Discussion des hypothèses

Dans cette partie de notre cinquième chapitre, nous allons discuter nos hypothèses pour répondre aux questions de notre problématique. Afin, d'affirmer ou d'infirmer les deux hypothèses partielles que nous avons formulées précédemment. Notre objectif, étant de décrire et d'expliquer la nature du vécu psychologique des sujets borderline, en décrivant et appréciant la nature de la qualité de vie, et déterminer le type de stratégies de coping mobilisé par ces sujets pour y faire aux situations stressantes.

Pour répondre à nos questions de recherches et à vérifier nos hypothèses, nous avons utilisé, un entretien clinique de recherche, le questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS SF-36 et l'échelle de coping CISS.

#### **1- Hypothèse N°1 : La nature de qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise**

Pour vérifier cette première hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et le questionnaire généraliste de la qualité de vie SF-36, pour évaluer la qualité de vie des sujets borderline et ce, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

#### **Cas 1) Mme Houria**

D'après les informations que nous avons rassemblées dans l'entretien semi-directif de recherche, on a pu constater, la qualité de vie personnelle de Mm Houria est affectée, à travers son discours : « *kikif parce que gasmi ligh tamechtoth zaregh baba ikath ima, alors gemiren tsouffrigh, ligh gharegh toura khati, ligh tefaghegh toura khati habssenyi gekham, ouzmiregh ara akhedmegh gelhala am tayi* ». (C'est pareil parce que quand j'étais petite je voyais mon père frappait ma mère depuis je souffrais, alors j'étais étudiante maintenant non, je sortais avant maintenant non je suis enfermé à la maison, je

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

ne peux pas aller travailler dans cet état). Ensuite, de sa qualité de vie physique et mentale, par rapport aux effets des automutilations et tentatives de suicide, à son manque de sommeil et une mauvaise qualité d'alimentation. Elle vit une certaine absence de liberté, une restriction des activités. Elle n'est pas satisfaite de son mode de vie, en raison qu'elle n'arrivait pas à maintenir des relations familiales et sociales stables et souffre d'une instabilité émotionnelle ce qui favorise une mauvaise qualité de vie globale chez Mm Houria.

Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score de 65 point dans le fonctionnement physique, considéré comme proche de la norme, une estimation très basse à la norme de la limitation physique qui est de 25 points, 30 points dans la douleur physique et 12.5 dans la santé générale qui sont considérés inférieures à la norme. Pour ce qui est des dimensions mentales, elle présente un score de 55 points dans la vitalité qu'on interprète comme inférieur à la norme, 12.5 dans le fonctionnement social qui est très bas à la norme, ainsi un score nul dans la limitation émotionnelle et 20 point dans la santé mentale qui est inférieur à la norme. Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score global de 27.5 points, un score très inférieur à la norme, qui correspond à une mauvaise qualité de vie

D'après l'analyse des données récoltées dans l'entretien clinique et dans le questionnaire SF-36, on confirme que notre première hypothèse pour ce premier cas, la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise.

### **Cas 2) : Mr Farid**

A partir des informations récoltées dans l'entretien semi-directif de recherche, Mr Farid exprime plusieurs difficultés qui découlent directement des symptômes de son TPB, comme en témoigne ses propos : « lhayatiw kamel tchounji, ligh dakhedam toura khati ligh tmissfhomegh del3ivad toura ortamnagh hed, aklin g la souffrance wahi th l3mriw » (ma vie est complètement

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

changée, avant je travaillais et maintenant non, avant je m'entends avec les gens mais actuellement je fais confiance à personne). Il vit une rupture avec ses anciennes activités et avec sa vie sociale et de difficultés à maintenir des relations sociales et familiales stables, ce qui affecte sa qualité de vie relationnelle. Il souffre d'une diminution partielle de sommeil et un manque d'appétit ce qui affecte son état physique.

Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score de 95 point dans le fonctionnement physique, considéré supérieur à la norme, et une limitation physique avec 50 et une douleur physique avec 70 point qui sont proches de la norme, et 29.5 dans la santé générale qui est considérés comme inférieures à la norme. Pour ce qui est des dimensions mentales, il présente un score de 50 points dans la vitalité qu'on interprète comme inférieure à la norme, 35,7 dans le fonctionnement social qui est bas par rapport à la norme, ainsi un score inférieur dans la limitation émotionnelle avec 33,3 points et 16 point dans la santé mentale qui est très inférieur par rapport à la norme. Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score global de 47.62 points, un score très inférieur à la norme, qui correspond à une mauvaise qualité de vie.

D'après l'analyse des données récoltées dans l'entretien clinique et dans le questionnaire SF-36, on confirme que notre première hypothèse pour ce deuxième cas, la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise.

### **Cas 3) Melle Hanane**

En fonction des résultats de l'entretien semi-directif, nous n'avons remarqué chez Melle Hanane une mauvaise qualité à travers son discours en termes d'incapacité et de difficultés qu'au niveau de satisfaction dans la réalisation de ses activités de la vie quotidienne et ses projets ; ce qui affecte sa qualité de vie personnelle et sociale. Ainsi elle est atteinte du diabète ce qui perturbe son

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

quotidien et affecte son état physique qu'on constate à travers ses dires : « *je suis diabétique je prends des médicaments depuis très longtemps, ils me perturbent vraiment* ». Ainsi pour son manque de sommeil et sa mauvaise qualité d'alimentation en raison qu'elle ne respecte pas son régime.

Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score de 90 point dans le fonctionnement physique, considéré supérieur à la norme, et une limitation physique avec 75 et une douleur physique avec 100 point et 87.5 point dans la santé générale, qui sont supérieurs à la norme. Pour ce qui est des dimensions mentales, elle présente un score de 60 points dans la vitalité qu'on interprète comme inférieure à la norme, 75 dans le fonctionnement social qui est supérieur par rapport à la norme, ainsi un score très supérieur par rapport à la norme dans la limitation émotionnelle avec 100 points et 28 point dans la santé mentale qui est inférieur par rapport à la norme. Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score global de 76.93 points, un score très élevé à la norme, qui correspond à une bonne qualité de vie.

A partir de nos résultats dans l'entretien clinique et le questionnaire SF-36, on infirme notre première hypothèse pour ce troisième cas, la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline est bonne. Par contre comme nous l'avons déjà cité précédemment que les deux résultats différents quant à la nature de la qualité de vie et que sans doute cela est du à la volonté du sujet à donner une bonne image de lui et de ce fait la présence d'une certaine résistance à l'échelle. Alors on prend en considération le premier résultat de l'entretien semi-directif qui indique des signes éventuels d'une mauvaise qualité de vie.

### **Cas 4) Mm Amel**

En se basant, sur les données récoltées dans l'entretien de recherche, Mm Amel vit mal sa vie conjugale. Elle trouve de nombreuses difficultés à accomplir ses tâches envers son mari ce qui affecte sur sa qualité de vie conjugale. Elle

exprime aussi de grandes difficultés à encadrer ses enfants et ses difficultés lui fait vivre de l'impuissance dans son rôle maternelle. Ainsi son manque de sommeil et d'appétit affectent son état physique ; mais aussi nous pouvons rebondir sur ses auto-agressions et tentatives de suicide qui affectent le plus sur son fonctionnement physique et mental.

Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score de 70 point dans le fonctionnement physique, considéré comme supérieur à la norme, et une limitation physique nulle et une douleur physique avec 80 point qui est supérieur à la norme ainsi 20,83 point dans la santé générale qui est supérieurs à la norme. Pour ce qui est des dimensions mentales, elle présente un score de 45 points dans la vitalité, 37,5 dans le fonctionnement social qu'on interprète comme inférieures à la norme ainsi un score nul dans la limitation émotionnelle et 32 point dans la santé mentale qui est inférieur par rapport à la norme. Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score global de 35.66 points, un score très inférieur à la norme, qui correspond à une mauvaise qualité de vie.

Ce qui nous fait confirmer notre première hypothèse pour ce quatrième cas, la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise.

### **.Cas 5) Mr Rahim**

Dans les informations récoltées dans l'entretien clinique, on a constaté que les réponses de Mr Rahim étaient très limitées. On a déduite à travers ses propos n'a pas de bon rapport avec son entourage ce qui affecte sur sa qualité de vie relationnelle. Une certaine limitation dans la réalisation de ses tâches quotidiennes ce qui influence sur sa qualité de vie personnelle. Concernant sa qualité de vie physique et mentale sont affectée par le manque de sommeil, la qualité d'alimentation plus ou moins bonne et les effets négatifs de son traitement psychiatrique qui perturbe son fonctionnement psychologique.

Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score de 85 point dans le fonctionnement physique et une limitation physique avec 100 et une douleur physique avec 80 qui sont supérieurs à la norme, 29,16 point dans la santé générale qui est inférieurs à la norme. Pour ce qui est des dimensions mentales, il présente un score de 50 point dans la vitalité, 50 point dans le fonctionnement social qu'on interprète comme inférieure à la norme, ainsi un score nul dans la limitation émotionnelle et 20 point dans la santé mentale qui est inférieur par rapport à la norme. Dans le questionnaire SF-36, notre sujet a obtenu un score global de 51,77 points, un score très inférieur à la norme, qui correspond à une mauvaise qualité de vie.

Ce qui nous fait confirmer notre première hypothèse pour ce cinquième cas, la nature de la qualité de vie chez les sujets borderline est mauvaise.

### **Hypothèse N° 2 : Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion.**

Pour vérifier cette deuxième hypothèse, nous nous sommes étayées sur les résultats de l'entretien semi-directif de recherche et de l'échelle de coping CISS, pour déterminer le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline, dans le but d'infirmer ou de confirmer cette hypothèse.

#### **Cas 1) Mm Houria**

En se référant aux résultats obtenus dans l'entretien clinique, de Mm Houria nous avons constaté à travers ses propos : « *rien je n'ai pas de parole, réagir direct* », elle trouve de nombreuses difficultés à gérer ses situations stressantes, elle a parlé de sa forte impulsivité, de ses comportements autodestructeurs et de ses tendances suicidaires comme réponse à ses situations aversives ; ce qui nous laisse déduire que Mm Houria utilise la stratégie de l'émotion vis-à-vis ses situations stressantes. Qu'on interprète comme une stratégie inadaptée, qui

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

signifie qu'elle se met en colère, en agitation ou en crise pour y faire face. Le style centré sur l'émotion serait plus adaptatif dans les situations où les possibilités de contrôle sont faible ou nulles (Terry, 1994 ; Terry & Hypes, 1998).

Dans l'échelle CISS , notre sujet a obtenu un score très élevé de 96% dans la stratégie centrée sur l'émotion, qui est interprété comme loin au-dessous de la moyenne, puis sur diversion sociale de 27% et distraction avec un percentile de 21%, qui sont de loin en dessous de la moyenne, ainsi sur une stratégie centré sur la tâche et l'évitement avec un percentile de 14%, qui sont très en dessous de la moyenne.

Ce qui nous fait confirmer notre deuxième hypothèse, Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion.

### **Cas 2) Mr Farid**

D'après les données récoltées dans l'entretien clinique, Mr Farid mobilise des stratégies inadaptées pour y faire face à ses situations stressantes et n'arrive pas à résoudre ses problèmes, on l'a constaté à travers ses dires : « trouhegh gh lebher djebdegh imaniw aken adeligh bien ba3degh fel machakil » (je pars à la plage ; je m'isole pour me sentir bien loin des problèmes), ce qui nous laisse déduire que ses réponses de faire face sont centrées sur l'évitement pour s'éloigner des sources du stress. Les activités compensatrices qui accompagne la stratégie d'évitement (ex, loisirs) consigneront à dégager les charges émotionnelles et aident l'individu à s'adapter aux situations stressantes (Kechroud, 2004)

Dans l'échelle CISS, notre sujet a obtenue un score très élevé d'un percentile de 96% dans la stratégie centrée sur l'évitement et la diversion sociale de 86%, ensuite la distraction avec un percentile de 38 %, qui est en dessous de

la moyenne, puis après sur l'émotion avec un percentile de 14% et la tache de 2%, ces derniers sont de loin en dessous de la moyenne.

On conclut alors, que notre deuxième hypothèse est infirmée pour ce cas, c'est-à-dire que le sujet ne présente pas un style de coping centré sur l'émotion.

### **Cas 3) Melle Hanane**

A partir des informations récoltées dans l'entretien de recherche, on a pu constater que Melle Hanane fait face à ses situations stressantes par le recours à des comportements autodestructeurs (elle se met en colère, le passage à l'acte, l'addiction... etc), ce qui nous laisse retenir qu'elle utilise la stratégie de l'émotion pour réduire son stress et sa détresse psychologique interne.

Dans l'échelle de CISS, notre sujet a eu un score le plus élevé de 84% dans la stratégie centrée sur l'émotion, ensuite dans la distraction a eu un score de 42% qui se trouve Légèrement en dessous de la moyenne et l'évitement avec un score de 35%, qui est en dessous de la moyenne et en dernier la diversion sociale d'un percentile de 27% et la tache de 5%.

Ce qui nous fait confirmer notre deuxième hypothèse, Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion.

### **Cas 4) Mm Amel**

Dans les informations récoltées dans l'entretien clinique, on a constaté que Mm Amel, ses réponses appartenant à cette catégorie : les pleures, la colère, l'agressivité et le passage à l'acte, ce qui nous laisse croire qu'elle mobilise un style de coping centré sur l'émotion pour y faire face à ses situations stressantes.

Dans l'échelle CISS, notre sujet a obtenu un score le plus élevé qui est noté de 73% dans la stratégie centrée sur l'émotion, puis dans la distraction avec 21% qui se trouve de loin en dessous de la moyenne et dans l'évitement avec un

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

percentile de 8%, en dernier dans la diversion sociale d'un percentile de 4% et la tache de 2%, ces dernières se trouvent loin de la moyenne.

Ce qui nous fait confirmer notre deuxième hypothèse, Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion

### Cas 5) Mr Rahim

En nous référant à l'entretien de recherche, on a pu constater que Mr Rahim n'arrive pas s'adapter avec sa maladie et son entourage du fait qu'il fait recours au passage à l'acte ( des tentative de suicide), il nous dit : « « *tkhemimegh psychologiquement adafegh la solution aken adrécupirigh imaniw* mais oulach suicide» (je réfléchis psychologiquement pour trouver la solution pour me récupérer mais il y on pas, c'est le suicide), de la colère et de l'impulsivité sous-tendue par une anxiété intense et un dégoût vital ; ce qui indique qu'il utilise un style de faire face centré sur la stratégie de l'émotion pour réduire sa souffrance psychologique et son stress.

Dans l'échelle CISS, notre sujet a obtenue un score le plus élevé de 73% dans la stratégie centrée sur l'émotion, puis dans la diversion sociale avec un score de 42%, qui se trouve Légèrement en dessous de la moyenne, par la suite dans la distraction avec un score de 24% , qui est loin en dessous de la moyenne et en dernier dans l'évitement d'un score de 24% et la tache de 2%, ces dernières se trouvent de loin en dessous de la moyenne.

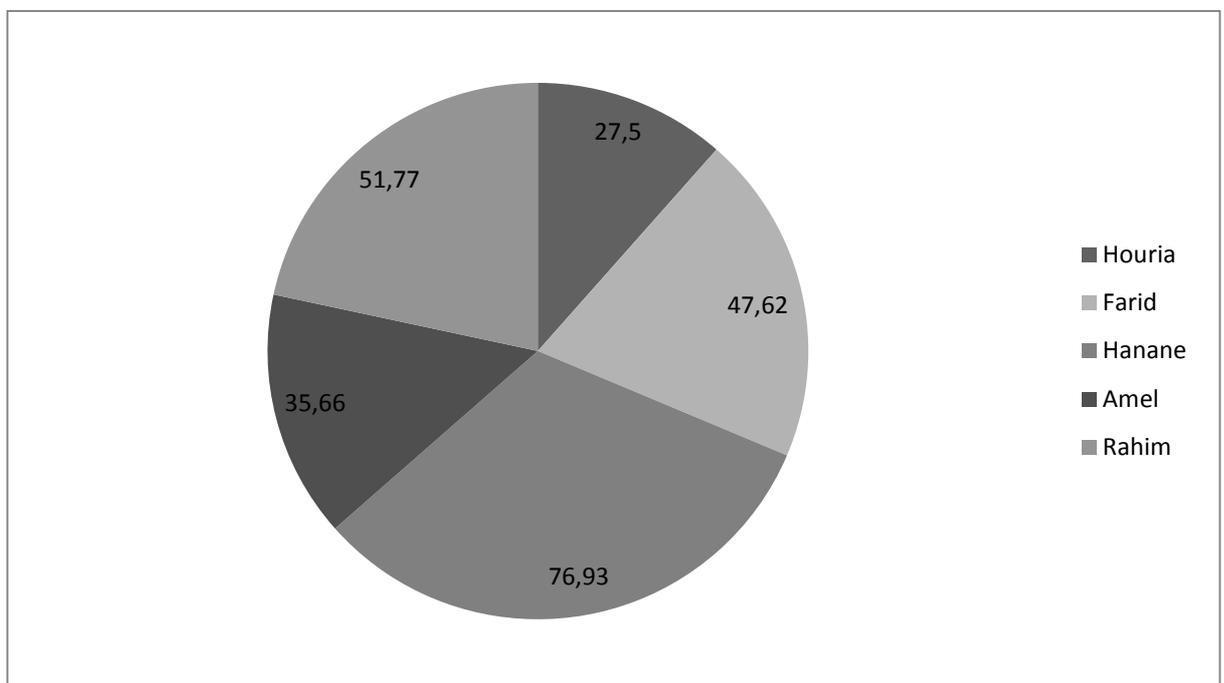
Ce qui nous fait confirmer notre deuxième hypothèse, Le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion

Nous concluons donc que notre deuxième hypothèse a été confirmée pour quatre de nos sujets de recherche Mm Houria, Melle Hanene, Mm Amel Mr Rahim et infirmée pour Mr Farid qui a eu un score très élevé dans la stratégie de l'évitement. Dans ce qui suit, nous allons présenter un tableau et une figure

récapitulatifs des résultats des deux outils psychométriques utilisés et discuter notre hypothèse générale : la nature du vécu psychologique chez les sujets borderline est négative.

### **Hypothèse générale : la nature du vécu psychologique chez les sujets borderline est négative.**

Figure N°3 :Récapitulatif du questionnaire SF-36 :



D'après cette figure présentée ci-dessus, on a constaté que la majorité de notre groupe de recherche ont une mauvaise qualité de vie, notamment pour Mm Houria, Mr Farid, Mm Amel et Mr Rahim. Par contre Melle Hanene a présenté une bonne qualité de vie dans le résultat de la SF-36, mais comme nous l'avons déjà cité que s'est due à sa propre volonté pour donner une bonne image d'elle-même.

Tableau N°18 : Récapitulatif de l'échelle CISS :

Les cas	Les stratégies centrées sur la tâche (T)	Les stratégies centrées sur l'émotion (T)	Les stratégies centrées sur l'évitement (T)			Les stratégies utilisées
			L'évitement (T)	Distraction (T)	Diversion sociale (T)	
Houria	39	67	39	42	44	Emotion
Farid	18	39	68	70	61	Evitement et distraction
Hanane	33	60	46	48	44	Emotion
Amel	26	56	36	42	32	Emotion
Rahim	20	56	42	43	48	Emotion

D'après ce tableau présenté ci-dessus, on a constaté que la majorité des sujets de notre groupe de recherche mobilisent le type de coping centré sur l'émotion, notamment pour Mm Houria, Melle Hanane, Mm Amel et Mr Rahim. Et sauf Mr Farid qui mobilise le type de stratégies de coping centré sur l'évitement et distraction pou y faire face aux situations stressantes.

### **Cas 1) : Mm Houria**

D'après l'analyse des données recueillies à partir de l'entretien semi-directif, de questionnaire SF-36 et l'échelle de coping CISS pour ce sujet, on a constaté que Mm Houria a une mauvaise qualité de vie et un style de coping centré sur l'émotion qui est inadapté, donc on déduit que la nature de son vécu psychologique est négative. De ceci, l'hypothèse générale est confirmée.

### **Cas 2) Mr Farid**

D'après l'analyse des données recueillies à partir de l'entretien clinique semi-directif, de questionnaire SF-36 et l'échelle de coping CISS pour ce sujet, on a confirmé que Mr Farid a une mauvaise qualité de vie et en revanche a un style de coping centré sur l'évitement qui reste une réaction inadéquate à la situation, donc on retient que la nature de son vécu psychologique est négative. Ce qui fait que notre hypothèse générale est confirmée.

### **Cas 3) Melle Hanene :**

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique semi-directif, de questionnaire SF-36 et l'échelle de coping CISS, on a constaté que la nature du vécu psychologique de Melle Hanene est négative, sa qualité de vie est mauvaise et même elle un style de coping centré sur la stratégie de l'émotion qui est inadapté. Ce qui fait que l'hypothèse générale est confirmée.

### **Cas 4) Mm Amel :**

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique semi-directif, de questionnaire SF-36 et l'échelle de coping CISS, on a constaté que la nature du vécu psychologique du cas est négative, sa qualité de vie est mauvaise et même elle a un style de coping centré sur la stratégie de l'émotion qui est inadapté. Ce qui fait que l'hypothèse générale est confirmée.

### **Cas 5) Mm Rahim :**

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien clinique semi-directif, de questionnaire SF-36 et l'échelle de coping CISS, on a constaté que la nature de son vécu psychologique est négative, sa qualité de vie est mauvaise et adopte un style de coping centré sur la stratégie de l'émotion qui est inadapté et négatif. Ce qui fait que l'hypothèse générale est infirmée.

### **Synthèse du chapitre**

Comme on l'a vu dans la revue de littérature, d'après Guelfi et all (2011), La caractéristique du vécu des sujets borderline est une instabilité affective dans les relations personnelles, en lien avec l'image de soi et des difficultés à gérer et à contrôler ses émotions et son impulsivité car ses ressentis et son agir perturbent son fonctionnement social, ce qui entraîne chez lui une souffrance et un vécu psychologique négatif. Selon Maslow (1987), le vécu est composé d'émotion (peur, stress, angoisse) ou pensées plus ou moins clair. L'expérience est unique c'est-à dire l'expérience qui en découle ne sera jamais vécue deux fois de la même manière.

Suite aux résultats obtenus à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et de questionnaire SF-36, nous avons constaté que tous nos sujets de recherche ont une mauvaise qualité de vie notamment pour Mm Houria, Mr Farid, Melle Hanane, Mm Amel et Mr Rahim. Par là, on a confirmé notre première hypothèse partielle qui est formulé comme suit : la nature de la qualité de vie des sujets borderline est mauvaise.

De plus, dans l'échelle de coping CISS, nous avons ainsi constaté que la majorité de nos sujets de recherche mobilisent un type de stratégies de coping centré sur l'émotion notamment pour Mm Houria, Melle Hanane, Mm Amel et Mr Rahim. De ceci, on a confirmé notre deuxième hypothèse partielle qui

## Chapitre V Présentation, analyse et discussion des hypothèses

---

présume que: le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline est centré sur l'émotion. Et nous l'avons infirmé pour le cas Mr Farid qui mobilise un type de stratégies de coping centré sur l'évitement.

De ce fait, notre hypothèse générale intitulée «la nature du vécu psychologique des sujets borderline est négative» est confirmée pour tous nos sujets de recherche.

Le trouble de personnalité borderline (TPB) est une entité psychiatrique récente et fréquente dans la population générale. Bien qu'il représente un fardeau considérable tant en termes de prévalence que de conséquences économiques. Les personnes borderline ont une image négative d'eux-mêmes. Ils se dévalorisent. Leur agressivité, leur humeur constamment changeante, leur impulsivité, leur causent des problèmes relationnels personnels, scolaires et professionnels. Ces personnes peu sûres d'elles-mêmes, sont également peu sûres des autres auxquels. Tantôt elles les perçoivent sous un jour très positif, tantôt elles les voient comme mauvaises. Ces personnes sont souvent sans nuances. Pour elles les choses sont blanches ou noires. Ainsi il leur est très difficile de maintenir des relations stables ou de poursuivre une activité.

En Algérie, le malade mental est d'autant plus isolé qu'il est confiné en milieu asilaire. Sa réintégration dans la société est alors peu envisageable tant les tabous et les préjugés y sont prégnants. Socialement, on assigne alors au patient le statut de "fou" parce qu'il représente un danger potentiel et/ou réel. Le malade survit, "déraciné", dans des espaces clos aménagés par la société (service de psychiatrie, domicile, etc.). Blessé par le regard de l'autre, il se renferme sur lui-même, à la fois retiré et invisible. C'est une sorte de case de "provisoire durable" qui le projette dans un état de pivotement permanent : "ni entièrement exclu, ni définitivement inclus. Cependant, en particulier les personnes atteintes du trouble de la personnalité limite sont souvent victimes de préjugés. L'entourage de la personne peut interpréter la persistance de certains comportements comme un manque de volonté de sa part. Donc en pensant qu'elle pourrait changer en faisant un peu d'efforts.

Dans ce cadre, ce trouble sévère de santé mentale est associé à un niveau élevé de souffrance et détresse psychologique qui entraîne des répercussions négatives sur la qualité de vie des personnes qui sont affectées et génère un mal-être important, qui influence sur leur stratégies d'adaptation et de faire face.

De ce fait, nos objectifs de cette présente recherche est de décrire et d'expliquer le vécu psychologique des sujets souffrants de trouble de personnalité borderline. Plus particulièrement, l'étude cherche à décrire et à apprécier la nature de leur qualité de vie et déterminer leur type de stratégies de coping mis en œuvre pour y faire face aux situations stressantes.

Pour la vérification de nos hypothèses de recherche portant sur les deux indicateurs : la qualité de vie et les stratégies de coping ci dessus, nous avons eu recours à l'entretien clinique de recherche semi-directif, au questionnaire généraliste de la qualité de vie MOS-SF-36, et l'échelle de coping CISS. Ces outils de recherche ont été appliqué pour les cinq cas de notre recherche, dans le but de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons relevé des signes éventuels d'une mauvaise qualité de vie chez cinq de nos sujets de recherche (Mr Houria, Mr Farid, Melle Hanene, Mm Amel et Mr Rahim). On a pu confirmer, notre première hypothèse chez les cinq cas selon laquelle, les résultats obtenus de la qualité de vie globale est inférieure à la norme de la SF-36 ; ce qui indique une mauvaise qualité de vie.

Pour notre deuxième hypothèse, selon laquelle le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline pour y faire face aux situations stressantes est centré sur l'émotion. Nous l'avons confirmé pour Mm Houria, Melle Hanane, Mm Amel et Mr Rahim qui ont eu un score très élevé dans la stratégie centrée sur l'émotion par rapport à la norme de CISS. Et infirmée pour Mr Farid qui a eu un score très élevé dans la stratégie de l'évitement.

Dés lors nous constatons un vécu de grande souffrance et de douleur lancinante chez les sujets borderline, qui se traduit par une mauvaise qualité de vie et une mauvaise adaptation aux situations stressantes. Ils ont plus tendance à se mettre dans des situations à risque (exemple violence conjugale, abus de

substances, gestes suicidaires ou d'automutilation, etc.). L'impulsivité et le manque de régulation émotionnelle qui se traduisent souvent en une mauvaise gestion de la colère, augmentent les probabilités que les conséquences néfastes de leurs comportements affecteront leur santé et leur bien-être psychologique.

Par ailleurs, le sujet des personnes atteintes de trouble de personnalité borderline en Algérie, est un sujet très important qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous estimons nécessaires à étudier ultérieurement : le vécu psychologique des mamans ayant un enfant borderline , la qualité de l'attachement chez les sujets borderline, le suicide chez les sujets borderline.

1. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. Alger : Casbah.
2. Antonin, J. (2010). Infirmiers et personnalité borderline : Préserver l'alliance thérapeutique. *In revue-Bachelor of Science HES-SO en soins infirmiers*, vol (N°130), 12-19.
3. Auffret, A. (2015). *Trouble de personnalité limite à l'adolescence : Quelle réalité clinique ?* (thèse de doctorat en médecine). Université François-Rabelais, Tours. France.
4. Beaudry, M. (2015). *Les mères avec un trouble de personnalité limite en protection de la jeunesse : un paradoxe entre les difficultés et les services* (thèse de doctorat en médecine). Université de Montréal, Canada.
5. Benony, H & Chahraoui, Kh. (1999). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod
6. Bergeret, J, et All. (2012). *Psychologie pathologie*. Paris : Masson.
7. Bioy, A. (2012). *L'aide mémoire de psychologie médicale et de psychologie de soin*. Paris : Dunod.
8. Blackburn, I & Cottraux, J. (2008). *Psychothérapie cognitive de la dépression*. France : Masson
9. Blanchet, A & Gotman, A. (2007). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand colin.
10. Blanchet, A & Gotman, A. (2014). *L'enquête et ses méthodes*. Paris : Armand colin.
11. Bloch, H & All. (2011). *Le grand dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse.
12. Boisambert, B. (2007). *La qualité de vie et ses mesures*. France.
13. Bolmey, C. (2016). *Quelles sont les habilités à mobiliser pour diminuer les actes d'automutilation auprès des personnes souffrant de TPB?*. In travail Bachelor-soins infirmiers, vol (N°67), 1-15.

14. Bonvin, F & Garea, A. (2012). *Accompagnement infirmier optimal des patients atteints du trouble de la personnalité borderline*. In Bachelor of Science HES-SO en soins infirmier, vol (N°202), 7-16.
15. Boudouda, N. (2013). *Les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : concept de soi et qualité de vie* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Lorraine, Nancy. France.
16. Bourgeois, D. (2010). *Comprendre et soigner les états-limites*. France : Dunod.
17. Bouvet, C. (2015). *18 grandes notions de la pratique de l'entretien clinique*. Paris : Dunod.
18. Braconnier, A, et All. (2006). *Introduction à la psychopathologie de l'adulte*. Paris : Armand Colin.
19. Bruchon-schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
20. Bruchon-schweitzer, M & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé*. Paris : Dunod.
21. Bruchon-schweitzer, M. (2001). *Personnalité et maladie stress, coping et ajustement*. Paris : Dunod.
22. Castarède, M. (2013). *L'entretien clinique à visée de recherche*. France.
23. Chabrol, H & Callahan, S. (2004). *Mécanisme de défense et coping*. Paris : Dunod.
24. Chabrol, H. (2005). *Les mécanismes de défense*. Toulouse
25. Chabrol, H. (2005). Les mécanismes de défenses. *Recherche en soins infirmiers*, vol(N° 82), p. 31-42. DOI 10.3917/rsi.082.0031.
26. Chabrol, H, et all. (2013). *Mécanisme de défense et coping*. 2ème édition, Dunod, Paris
27. Chaine, F & Guelfi, JD. (2017). Etats limites. *Encyclopédie Médico-Chirurgicale, psychiatrie*, vol (N°10), p1-10, 37-395-A-10.
28. Charaoui, KH & Benony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique*. Paris : Armand.

29. Charaoui, kh&Bénony, H. (2013). *L'entretien clinique*. Paris : Dunod.
30. Chateaux , V. (2005). *Perception de l'asthme par les enfants et leurs parents, impact sur la qualité de vie et l'adhérence d'enfants asthmatiques* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Metz, France.
31. CIM10. (2012). *Classification internationale des maladies et des problèmes de sante connexe*. Canada : OMS.
32. CIF. (2001). *Classification international du fonctionnement du handicap et de la santé*. Genève : OMS.
33. CIM. 2012. *Classification internationale des troubles mentaux*. France : Elsevier Masson
34. CIM10. (1993). *Critères diagnostiques pour la recherche*. Genève : OMS.
35. CIM-10-FR. (2015). *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de sante connexe*. France.
36. Clement, T. (2006). *La santé mentale. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada (1-5)*. Ottawa, Canada.
37. Coneco, S & Blanchet, A. (2009). *Méthodologie de la recherche en psychologie*. Paris : Dunod.
38. Desbiens, J. (2006). *Les stratégies de coping, la réponse émotionnelle et qualité de vie spirituelle chez les infirmières en soins palliatifs* (mémoire en sciences infirmières). Université Laval-Québec, Canada.
39. Despins, C. (2005). *La thérapie comportementale dialectique appliquée à un groupe de personnes qui ont un diagnostic de trouble de personnalité état-limite* (thèse de doctorat en psychologie). Université de du Québec à Trois-Rivières, Canada.
40. DSM5. (2015). *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Elsevier : Masson
41. Duverger, PH. (2017). *Troubles psychiques et comportementaux de l'adolescent*. Paris : Lavoisier.

42. Endler, N & Parker, JD. (2012). Coping inventory for stressful situations (CISS), Stratégies d'adaptation au stress. *In revue- référence en santé au travail*, vol (N°132), p97-99. TC134, DOC MédTrav. 2011 ; 125 : 23-35.
43. Engel-Zerbinati, C. (2014). *Etude de l'influence des tsratégies psychologiques de coping sur l'état anxieux et dépressif et l'équilibre glycémique chez des adultes diabétiques de type I : une étude transversale. Médecine humaine et pathologie* (thèse de doctorat en médecine). Université de Nice-Sophia Antipolis.
44. Farhi, S. (2017). *Trouble de personnalité borderline et médecine générale.* (thèse de doctorat en médecine). Université du droit et de la santé- Lille 2, France.
45. Fedepied, S. (2015). *Précarité sociale, traumatismes psychiques et fonctionnements limites, une logique de survie psychique comme dénominateur commun* (thèse de doctorat en psychologie). Université paris 13, France.
46. Fischer, N. (2002). *Traité de psychologie de la santé.* paris : Dunod.
47. GARDENAL, O. (2004). *Évaluation de la qualité de vie des traumatisés crâniens graves : enquête prospective dans la région Lorraine en 2001*(thèse de doctorat en médecine). Université Henri Poincaré, Nancy 1, France.
48. Giami, A. (2005). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en sciences humaine, in Lenesco, S & Blanchet, A, méthodologie de la recherche en psychologie clinique*, pp.33-52. Paris : PUF
49. Gorzegno, C. (2012). *Une lecture psychopathologique du trouble de personnalité borderline : de la clinique à la thérapeutique* (thèse de doctorat en médecine). Université de Nantes, France.
50. Grimm, C. (2010). *Qualité de vie des parents, développement psychologique et prise en charge de jeunes enfants avec autisme.* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Montpellier, France.
51. Guelfi, C & Cailhol, M et all. (2011). *Etats limites et personnalité borderline.* paris : Elsevier Masson

52. Guelfi, J & Rouillon, F. (2012). *Manuel psychiatrique*. Paris : Elsevier-Masson.
53. Heusse, C. (2004). *La qualité de vie un indicateur pertinent pour l'évaluation d'impacte des programmes d'intervention de handicap international*. (thèse de doctorat en psychologie). Université de Rennes, France.
54. Ionescu, S. (2013). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. Paris : Presses universitaires de France.
55. Kacha, F. (2005). *La psychiatrie en Algérie, l'information psychiatrique*. Algérie : Chéraga.
56. Kacha, F. (2009, Vend.22-Sam 23 mai). Psychiatrie, santé mentale et société en Algérie. *Le soir d'Algérie*, pp 7-8.
57. Klein, D. (2011). *Qualité de vie et réinsertion à long terme après un cancer du sein en France* (thèse de doctorat en sciences médicales). Université de Strasbourg, France.
58. Knafo A, et al. (2014). Coping, suicidalité et trouble de personnalité limite à l'adolescence. *In neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol (N°6), p1-6, <http://dx.doi.org/10.1016/j.neurenf.2013.12.002>.
59. Lafaye, A. (2009). *Effet acteur-partenaires du soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-dépressifs des patients atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe*. (thèse de doctorat en psychologie). Université de Bordeaux, France.
60. Lajoie, V. (2016). *Traits de personnalité et stratégies de coping chez des individus présentant une schizophrénie* (thèse de doctorat en psychologie). Université du Québec, Canada.
61. Laplanche, J & Pontalis, J-B. (1994). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : presses universitaires de France.
62. Larivière, N. (2010). Mieux comprendre les répercussions fonctionnelles d'un trouble de la personnalité limite. *In revue – FMSS Ecole de réadaptation-Ergothérapie*, vol (N°62), p 7-15.

63. *Le petit robert de la langue française*. (2016). Paris : Le Robert.
64. Le Robert. (2011). *Dictionnaire de Français*. Paris : Maury- Imprimeur.
65. Lemperière et all. (2006). *Psychiatrie de l'adulte*. Paris : Masson.
66. Lonescu, S. (2013). *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique*. France : Dunod.
67. Mariage, A. (2001). Stratégies de coping et dimensions de la personnalité : étude dans un atelier de couture. *In revue-le travail humain*, Vol (N°64), p. 45-59. DOI 10.3917/th.641.0045.
68. Marreau, CH & Vanek-Dreyfus, A. (2004). *L'indispensable de la psychologie*. France : Corlet.
69. Marty, F. (2008). *Ces grands concepts de la psychologie clinique*. Paris : Dunod.
70. Mehram, F. (2011). *Traitement de trouble de la personnalité borderline, thérapie cognitive émotionnelle*. Paris : Masson
71. Mercier, M & Schraub, S. (2005). Qualité de vie: quels outils de mesure?. *In revue-27es journées de la SFSPM, Deauville*, vol (N°423), p418-421.
72. Mirabel, C & Sarron, L. (2004). *L'entretien en thérapie comportementale et cognitive*. Paris : Dunod.
73. Nicchi, S & Le Scanff, C. (2005). Les stratégies de faire face. *In revue- Bulletin de psychologie* (N° 475), p. 97-100. DOI 10.3917/bupsy.475.0097.
74. Nioche, A. (2009). *Psychopathie et troubles de la personnalité associés : recherche d'un effet particulier au trouble Borderline – Impact sur le risque de récurrence* (thèse de doctorat en psychologie). Université François - Rabelais de Tours, France.
75. OMS. (2004). Investir dans la santé mentale. [www.who.int/mental-health](http://www.who.int/mental-health)
76. OMS. (2017). La prévalence du trouble borderline. [www.who.int/mental-health](http://www.who.int/mental-health).

77. Ouellet, L. (2012). *Notions de base sur les maladies mentales – Guide pratique d'intervention* (mémoire en médecine). Institut universitaire en santé mentale de Québec, Canada.
78. Paillé, P & Mucchielli, A. (2012). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales*. Paris : Armand colin.
79. Paulhan, I. (2016). Le concept de coping. *In l'année psychologique 1992*, vol (N°92), p 500-548, DOI 10.3406/psy. 1992.29539.
80. Pardinielli, J & Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et étude de cas*. Paris : Armand colin.
81. POINSOT, R & ANTOINE, P. (2008). *La résolution de problème en psychothérapie*. Dunod, Paris
82. Prigent, A. (2004). *Qualité de vie des usagers des services de psychiatrie et facteurs associés* (thèse de doctorat en sciences économiques et sociales de la santé). Université Paris-Sud XI, France.
83. Prouteau, A et al. (2009). Qualité de vie des personnes souffrant de schizophrénie : une étude en vie quotidienne. *In revue française des affaires sociales*, vol (N°200), p. 137-155.
84. Samier, J. (2006). *Qualité de vie et études cliniques*. (thèse de doctorat en Sciences Pharmaceutiques et Biologiques). Université de Lille, France.
85. Sauvaget-Oiry, A. (2006). *Cliniques des troubles du comportement dans les schizophrénies débutantes* (thèse de doctorat en médecine). Université de Nantes, France.
86. Savarese, E. (2006). *Méthodes des sciences sociales*. Paris : Ellipses.
87. Septans, A. (2014). *Méthodologie pour l'évaluation de la qualité de vie adaptée à la fin de vie des patients atteints d'un cancer* (thèse de doctorat en recherche clinique, innovation technologique). Université de Franche-Comté, France.
88. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Paris : Larousse

89. Simand, A. (2011). *Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale* (thèse de doctorat en psychologie). Université de Québec, Canada.
90. Simard, A. (2011). Effet des troubles métaboliques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problèmes de santé mentale. In revue- le partenaire, vol. 19 (N° 4), p9-11.
91. Stenna, L. (2010). *Etude de traces quotidiennes des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie, importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi*. (thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie). Université de Dijon, Paris.
92. Stewart, P. (2002). *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada.
93. Sultan, S & Vareson, I. (2018). *Psychologie de la santé*. France : presses universitaires de France.
94. Tap, P & Roudès, R. (2008). Qualité de vie, souffrances et identités. In revue- *Le Journal des psychologues*, vol (N°260), p. 41-47. DOI 10.3917/jdp.260.0041.
95. Tolfo, P. (2015) *le trouble de personnalité borderline constitue t-il un facteur prédictif de récurrence suicidaire* (thèse de doctorat en médecine). Université de Nice-Sophia Antipolis, France.
96. Tribolet, S & Shahidi, M. (2005). *Nouveau précis de sémiologie des troubles psychique*. France : HPF.
97. Tsunami. (2017). *Le manuel du résident psychiatrie*. France : Dunod.
98. Verdot, CH. (2008). *Influence de la pratique physique sur la qualité de vie en prison : de l'utilisation des activités physique et sportives comme stratégie d'ajustement spécifiques*. (thèse de doctorat en psychologie). Université de Claude Bernard-Lyon 1, France.

# **Annexes**

## **Le Guide d'entretien**

### **Informations générales sur le sujet :**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Vos parents sont-ils vivants ? si oui, vivent-ils ensemble?
3. Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, combien ? Quel est votre rang dans la fratrie ?
4. Quel est votre niveau d'instruction ?
5. Quelle est votre situation matrimoniale ?
6. Quelle est votre situation professionnelle ?

### **Axe 1) Informations sur l'hospitalisation**

7. Quelles étaient les raisons de votre hospitalisation ?
8. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé dans le service psychiatrique ?
9. Combien de fois êtes-vous hospitalisé dans ce service ?
10. Parlez nous de votre état de santé avant l'hospitalisation ?
11. Comment vous vous-sentez actuellement ?

### **Axe 2) Informations sur le Trouble de personnalité borderline**

12. Quand est ce que votre maladie est apparue ?
13. Avez-vous des personnes dans la famille qui ont présenté un trouble mentale ?
14. Avez-vous des difficultés à contrôler vos émotions ?
15. Pouvez-vous nous décrire votre humeur ?

## Annexe N°1

16. Pouvez-vous nous décrire comment est votre relation avec vos proches et au milieu professionnel?
17. Au moment où vous êtes contrarié, pouvez-vous nous décrire vos réactions ?
18. Quelle image avez-vous de vous-même ?
19. Ressentez-vous que vous êtes dans le besoin d'avoir une personne au près de vous pour vous rassurer, d'être conforté dans vos attitudes, dans vos choix ?
20. Qu'attendez-vous de l'avenir ?

### **Axe 3) Informations sur la qualité de vie**

21. Quels sont les changements que vous constatez avant et après votre maladie ?
22. Quel est l'impact de votre maladie sur vos relations familiales, sociales et professionnelles ?
23. Quelles sont vos difficultés quotidiennes ?
24. Ressentez-vous capable de réaliser vos projets suite à votre maladie ?
25. Pouvez-vous nous parler de votre état de santé physique actuelle ? Suivez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?
26. Pouvez-vous nous parler de votre qualité de sommeil et de l'alimentation ?
27. Quels sont vos loisirs ? qu'est-ce que vous aimez faire ?

### **Axe 4) Informations sur les stratégies de coping déployées par le sujet pour faire face à la maladie**

28. Pouvez-vous nous parler de vos craintes face à cette maladie ?

## Annexe N°1

29. Comment affrontez-vous vos difficultés quotidiennes ?

30. Comment vous prenez soin de vous ?

31. Comment vous trouvez des solutions pour résoudre vos problèmes ?

32. Face à une situation stressante, comment agissez-vous ?

33. Quel est l'apport de votre famille dans le projet de soin ?

34. Avez-vous des choses à rajouter ?

# La qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline

## *Résumé*

Cette recherche porte sur la qualité de vie et les stratégies de coping chez les sujets borderline hospitalisés. Nous avons réalisé notre étude dans le service psychiatrique « Hommes et Femmes » de CHU Frantz Fanon Béjaia. Notre objectif principal à travers cette recherche est de décrire, d'expliquer le vécu psychologique des sujets borderline à savoir apprécier la nature de la qualité de vie et le type de stratégies de coping mobilisé par les sujets borderline.

Pour la réalisation de notre projet de recherche, nous avons utilisé un entretien clinique semi-directif, le questionnaire généraliste de la SF-36 et l'échelle de coping la CISS. Nous avons sélectionné un groupe de recherche adulte et de différents sexes. Cette recherche a révélé la présence de l'impact négatif de TPB chez cinq de nos sujets de recherche, dont Mm Houria, Melle Hanene et Mm Amel, Mr Rahim et Mr Farid ont présentés un niveau inférieur de la qualité de vie. Quant aux stratégies de coping dont, Mm Houria, Melle Hanene, Mm Amel et Mr Rahim mobilisent un type de stratégies de coping centré sur l'émotion, et celui de Mr Farid est centré sur l'évitement.

**Les mots clés :** la qualité de vie, les stratégies de coping, les sujets borderline, hospitalisés, vécu psychologique.

## **Life quality and coping strategies in borderline subjects**

### *Abstract*

This research focuses on . We realized our study in the psychiatric service "Men and Women" of CHU Frantz Fanon Bejaia. Our main objective through this research, is to describe, explain the psychological experience of borderline subjects to appreciate the nature of the quality of life and the type of coping strategies mobilized by borderline subjects.

For the realization of our research project, we used a semi-directive clinical interview, the general questionnaire of the SF-36 and the CISS coping scale. We selected an adult group research of different sexes. This research revealed the presence of the negative impact of TPB in five of our research subjects, of which Mrs. Houria, Miss. Hanene and Mrs. Amel, Mr. Rahim and Mr. Farid presented a lower level of quality of life. As for the coping strategies of Mrs. Houria, Miss. Hanene, Mrs. Amel and Mr. Rahim mobilize a type of coping strategies centered on emotion, and that of Mr. Farid is centered on avoidance.

**Key words:** quality of life, coping strategies, borderline subjects, hospitalized, psychological experience

# **Annexes**

# **Annexe N°1**

## **Le Guide d'entretien**

### **Informations générales sur le sujet :**

1. Quel âge avez-vous ?
2. Vos parents sont-ils vivants ? si oui, vivent-ils ensemble?
3. Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, combien ? Quel est votre rang dans la fratrie ?
4. Quel est votre niveau d'instruction ?
5. Quelle est votre situation matrimoniale ?
6. Quelle est votre situation professionnelle ?

### **Axe 1) Informations sur l'hospitalisation**

7. Quelles étaient les raisons de votre hospitalisation ?
8. Depuis combien de temps êtes-vous hospitalisé dans le service psychiatrique ?
9. Combien de fois êtes-vous hospitalisé dans ce service ?
10. Parlez nous de votre état de santé avant l'hospitalisation ?
11. Comment vous vous-sentez actuellement ?

### **Axe 2) Informations sur le Trouble de personnalité borderline**

12. Quand est ce que votre maladie est apparue ?
13. Avez-vous des personnes dans la famille qui ont présenté un trouble mentale ?
14. Avez-vous des difficultés à contrôler vos émotions ?
15. Pouvez-vous nous décrire votre humeur ?

16. Pouvez-vous nous décrire comment est votre relation avec vos proches et au milieu professionnel ?
17. Au moment où vous êtes contrarié, pouvez-vous nous décrire vos réactions ?
18. Quelle image avez-vous de vous-même ?
19. Ressentez-vous que vous êtes dans le besoin d'avoir une personne au près de vous pour vous rassurer, d'être conforté dans vos attitudes, dans vos choix ?
20. Qu'attendez-vous de l'avenir ?

### **Axe 3) Informations sur la qualité de vie**

21. Quels sont les changements que vous constatez avant et après votre maladie ?
22. Quel est l'impact de votre maladie sur vos relations familiales, sociales et professionnelles ?
23. Quelles sont vos difficultés quotidiennes ?
24. Ressentez-vous capable de réaliser vos projets suite à votre maladie ?
25. Pouvez-vous nous parler de votre état de santé physique actuelle ? Suivez-vous un traitement ? Si oui, lequel ?
26. Pouvez-vous nous parler de votre qualité de sommeil et de l'alimentation ?
27. Quels sont vos loisirs ? qu'est-ce que vous aimez faire ?

### **Axe 4) Informations sur les stratégies de coping déployées par le sujet pour faire face à la maladie**

28. Pouvez-vous nous parler de vos craintes face à cette maladie ?

29. Comment affrontez-vous vos difficultés quotidiennes ?

30. Comment vous prenez soin de vous ?

31. Comment vous trouvez des solutions pour résoudre vos problèmes ?

32. Face à une situation stressante, comment agissez-vous ?

33. Quel est l'apport de votre famille dans le projet de soin ?

34. Avez-vous des choses à rajouter ?

## Annexe N°2

### QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_  
A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_  
Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout



**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*f. étiez-vous triste et maussade ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

# Annexe N°3

Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)	Numéro de la question	Réponse donnée	Note obtenue (sur 100)
1, 2, 6, 11b et 11d	1	100 points	9b, 9c, 9f, 9g et 9i	1	0 point
	2	75 points		2	20 points
	3	50 points		3	40 points
	4	25 points		4	60 points
	5	0 point		5	80 points
6	100 points	6		100 points	
3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j	1	0 point	10, 11a et 11c	1	0 point
	2	50 points		2	25 points
	3	100 points		3	50 points
4a, 4b, 4c, 4d et 5a, 5b, 5c	1	0 points		4	75 points
	2	100 points		5	100 points
7, 9a, 9d, 9e et 9h	1	100 points			
	2	80 points			
	3	60 points			
	4	40 points			
	5	20 points			
	6	0 point			
Dimension	Calcul du score		Dimension	Calcul du score	
<b>PF</b> = Fonctionnement Physique	somme des notes obtenues aux items 3a,3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h, 3i et 3j divisée par 10		<b>VT</b> = Vitalité	Somme des notes obtenues aux items 9a, 9e, 9g et 9i divisée par 4	
<b>RP</b> = Limitation physique	somme des notes obtenues aux items 4a, 4b, 4c et 4d divisée par 4		<b>SF</b> = Fonctionnement Social	Somme des notes obtenues aux items 6 et 10 divisée par 2	
<b>BP</b> =Douleur Physique	somme des notes obtenues aux items 7 et 8 divisée par 2		<b>RE</b> = Limitation Emotionnelle	Somme des notes obtenues aux items 5a, 5b, et 5d divisée par 3	
<b>GH</b> = Santé Générale	somme des notes obtenues aux items 1,2, 11a, 11b, 11c et 11d divisée par 6		<b>MH</b> =Santé Psychique	Somme des notes obtenues aux items 9b, 9c, 9d, 9f et 9h divisée par 5	
<b>SCORE PHYSIQUE</b>	somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4		<b>SCORE MENTAL</b>	Somme des scores obtenus aux 4 dimensions ci-dessus divisée par 4	

- Tableau N°03 : Mode de calcul des scores-

## Annexe N°4

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:					
كثيراً	أبداً				
Beaucoup	Pas de tout				
5	4	3	2	1	
Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :					
5	4	3	2	1	1 أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.
5	4	3	2	1	2 أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.
5	4	3	2	1	3 أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus.
5	4	3	2	1	4 أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.
5	4	3	2	1	5 ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.
5	4	3	2	1	6 أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.
5	4	3	2	1	7 أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلي. Me tracasser à propos de mes problèmes.
5	4	3	2	1	8 ألوم (أعتاب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.
5	4	3	2	1	9 أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».
5	4	3	2	1	10 أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.
5	4	3	2	1	11 أحاول النوم. Essayer de dormir.
5	4	3	2	1	12 أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.
5	4	3	2	1	13 أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.
5	4	3	2	1	14 أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).
5	4	3	2	1	15 أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.
5	4	3	2	1	16 أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.

					في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:
كثيرا				أبدا	
Beaucoup				Pas de tout	
5	4	3	2	1	
					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1	17 ألوم نفسي على أنني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.
5	4	3	2	1	18 أذهب إلى مطعم أو أكل شيئا. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
5	4	3	2	1	19 أصبح أكثر إستياءً (إغتياضا) Etre de plus en plus contrarié(e).
5	4	3	2	1	20 اشتري لي شيئا. M'acheter quelque chose.
5	4	3	2	1	21 أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.
5	4	3	2	1	22 ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.
5	4	3	2	1	23 أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.
5	4	3	2	1	24 أبذل جهدا لتحليل الوضعية. M'efforcer d'analyser la situation.
5	4	3	2	1	25 أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.
5	4	3	2	1	26 أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.
5	4	3	2	1	27 أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.
5	4	3	2	1	28 أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.
5	4	3	2	1	29 أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).
5	4	3	2	1	30 أرتبك (أزعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
5	4	3	2	1	31 أقضي وقتا مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne ( intime).
5	4	3	2	1	32 أذهب للتنزه. Aller me promener

كثيرا					أبدا	في الومضيات الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1		
5	4	3	2	1		33 أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5	4	3	2	1		34 أسترجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5	4	3	2	1		35 أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5	4	3	2	1		36 أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5	4	3	2	1		37 أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
5	4	3	2	1		38 أعضب. Me m'être en colère.
5	4	3	2	1		39 أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5	4	3	2	1		40 أشاهد فيلماً. Voir un film.
5	4	3	2	1		41 أأخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5	4	3	2	1		42 أبذل جهداً إضافياً حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5	4	3	2	1		43 أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
5	4	3	2	1		44 أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
5	4	3	2	1		45 ألوم أشخاصاً آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5	4	3	2	1		46 أستغل الوضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5	4	3	2	1		47 أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5	4	3	2	1		48 أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

# Annexe N°5

Annexe 5

## FEUILLE DE PROFIL - CISS - « CONSIGNE GÉNÉRALE »

Norman S. Endler, Ph.D., F.R.S.C. et James D.A. Parker, M.A.

Nom \_\_\_\_\_ Age \_\_\_\_\_ Sexe \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Feuille	Note T	Tâche		Emotion		Evitement		Distraction		Diversion Sociale		Note T	Feuille
		H	F	H	F	H	F	H	F	H	F		
89												89	99
88												88	98
87						79-80			36-40			87	97
86						78			35			86	96
85				81		77			34			85	95
84				79		76			33			84	94
83				78		75			32			83	93
82				77		74			31			82	92
81				76		73			30			81	91
80				75		72			29			80	90
				74		71		78-80	28	40		81	99
				73		70			27			80	98
				72		69			26			79	97
				71		68			25			78	96
				70		67			24			77	95
				69		66			23			76	94
				68		65	79-80		22			75	93
				67		64	78		21			74	92
				66		63	77		20			73	91
				65		62	76		19			72	90
				64		61	75		18			71	89
			80	63		60	74-75		17			70	88
			79	62		59	73		16			69	87
			78	61		58	72		15			68	86
			77	60		57	71		14			67	85
			76	59		56	70		13			66	84
			75	58		55	69		12			65	83
			74	57		54	68		11			64	82
			73	56		53	67		10			63	81
			72	55		52	66		9			62	80
			71	54		51	65		8			61	79
			70	53		50	64		7			60	78
			69	52		49	63		6			59	77
			68	51		48	62		5			58	76
			67	50		47	61		4			57	75
			66	49		46	60		3			56	74
			65	48		45	59		2			55	73
			64	47		44	58		1			54	72
			63	46		43	57		0			53	71
			62	45		42	56					52	70
			61	44		41	55					51	69
			60	43		40	54					50	68
			59	42		39	53					49	67
			58	41		38	52					48	66
			57	40		37	51					47	65
			56	39		36	50					46	64
			55	38		35	49					45	63
			54	37		34	48					44	62
			53	36		33	47					43	61
			52	35		32	46					42	60
			51	34		31	45					41	59
			50	33		30	44					40	58
			49	32		29	43					39	57
			48	31		28	42					38	56
			47	30		27	41					37	55
			46	29		26	40					36	54
			45	28		25	39					35	53
			44	27		24	38					34	52
			43	26		23	37					33	51
			42	25		22	36					32	50
			41	24		21	35					31	49
			40	23		20	34					30	48
			39	22		19	33					29	47
			38	21		18	32					28	46
			37	20		17	31					27	45
			36	19		16	30					26	44
			35	18		15	29					25	43
			34	17		14	28					24	42
			33	16		13	27					23	41
			32	15		12	26					22	40
			31	14		11	25					21	39
			30	13		10	24					20	38
			29	12		9	23					19	37
			28	11		8	22					18	36
			27	10		7	21					17	35
			26	9		6	20					16	34
			25	8		5	19					15	33
			24	7		4	18					14	32
			23	6		3	17					13	31
			22	5		2	16					12	30
			21	4		1	15					11	29
			20	3		0	14					10	28
			19	2			13					9	27
			18	1			12					8	26
			17	0			11					7	25
			16				10					6	24
			15				9					5	23
			14				8					4	22
			13				7					3	21
			12				6					2	20
			11				5					1	19
			10				4					0	18
			9				3						17
			8				2						16
			7				1						15
			6				0						14
			5										13
			4										12

## QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_  
 A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_  
 Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
 Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

j. Prendre un bain, une douche ou vous habiller.

↓ ↓ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

**4.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu l'une des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes, du fait de votre santé ? (réponse : oui ou non à chaque ligne)**

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?		X
Faire moins de choses que vous ne l'espérez ?	X	
Trouver des limites au type de travail ou d'activités possibles ?	X	
Arriver à tout faire, mais au prix d'un effort	X	

**5.- Au cours des 4 dernières semaines, avez-vous eu des difficultés suivantes au travail ou lors des activités courantes parce que vous étiez déprimé ou anxieux ? (réponse : oui ou non à chaque ligne).**

	oui	non
Limiter le temps passé au travail, ou à d'autres activités ?	X	
Faire moins de choses que vous n'espérez ?	X	
Ces activités n'ont pas été accomplies aussi soigneusement que d'habitude ?	X	

**6.- Au cours des 4 dernières semaines, dans quelle mesure est-ce que votre état physique ou mental ont perturbé vos relations avec la famille, les amis, les voisins ou d'autres groupes ?**

↓ ↓ ↓ ↓  
 Pas du tout                      très peu                      assez fortement                      énormément

**7.- Avez-vous enduré des souffrances physiques au cours des 4 dernières semaines ?**

↓ ↓ ↓ ↓  
 Pas du tout                      très peu                      assez fortement                      énormément

**8.- Au cours des 4 dernières semaines la douleur a-t-elle gêné votre travail ou vos activités usuelles ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Pas du tout                      un peu                      modérément                      assez fortement                      énormément

**9.- Ces 9 questions concernent ce qui s'est passé au cours de ces dernières 4 semaines. Pour chaque question, donnez la réponse qui se rapproche le plus de ce que vous avez ressenti. Comment vous sentiez-vous au cours de ces 4 semaines :**

a. vous sentiez-vous très enthousiaste ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps                      très souvent                      parfois                      peu souvent                      jamais

b. étiez-vous très nerveux ?

↓                      ↓                      ↓                      ↓                      ↓



QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
-----  
Tout à fait vrai    assez vrai    ne sais pas    plutôt faux    faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

# Annexe N°7

## QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_ Très bonne \_\_ Bonne \_\_ Satisfaisante \_\_ Mauvaise \_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_  
A peu près comme il y a un an \_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_  
Pire qu'il y a un an \_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout



**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*f. étiez-vous triste et maussade ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

*i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

*a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

*c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

# Annexe N°8

## QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_  
A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_  
Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

\_\_\_ ↓ \_\_\_  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout



**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

\_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.





**QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)**

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
 Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓\_\_\_\_\_↓  
Tout à fait vrai    assez vrai    ne sais pas    plutôt faux    faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

# Annexe N°10

## QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

1.- En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

Excellente \_\_\_ Très bonne \_\_\_ Bonne \_\_\_ Satisfaisante \_\_\_ Mauvaise \_\_\_

2.- Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

Bien meilleure qu'il y a un an \_\_\_ Un peu meilleure qu'il y a un an \_\_\_  
A peu près comme il y a un an \_\_\_ Un peu moins bonne qu'il y a un an \_\_\_  
Pire qu'il y a un an \_\_\_

3.- vous pourriez vous livrer aux activités suivantes le même jour. Est-ce que votre état de santé vous impose des limites dans ces activités ? Si oui, dans quelle mesure ? (entourez la flèche).

a. Activités intenses : courir, soulever des objets lourds, faire du sport.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

b. Activités modérées : déplacer une table, passer l'aspirateur.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

c. Soulever et transporter les achats d'alimentation.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

d. Monter plusieurs étages à la suite.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

e. Monter un seul étage.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

f. Vous agenouiller, vous accroupir ou vous pencher très bas.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

g. Marcher plus d'un kilomètre et demi.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

h. Marcher plus de 500 mètres

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout

i. Marcher seulement 100 mètres.

\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓ \_\_\_\_\_ ↓  
Oui, très limité                      oui, plutôt limité                      pas limité du tout



## QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

c. étiez-vous si triste que rien ne pouvait vous égayer ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

d. vous sentiez-vous au calme, en paix ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

e. aviez-vous beaucoup d'énergie ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

f. étiez-vous triste et maussade ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

g. aviez-vous l'impression d'être épuisé(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

h. étiez-vous quelqu'un d'heureux ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

i. vous êtes-vous senti fatigué(e) ?

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**10.- Au cours des 4 dernières semaines, votre état physique ou mental a-t-il gêné vos activités sociales comme des visites aux amis, à la famille, etc ?**

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout le temps      très souvent      parfois      peu souvent      jamais

**11.- Ces affirmations sont-elles vraies ou fausses dans votre cas ?**

a. il me semble que je tombe malade plus facilement que d'autres.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

b. ma santé est aussi bonne que celle des gens que je connais.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

c. je m'attends à ce que mon état de santé s'aggrave.

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
Tout à fait vrai      assez vrai      ne sais pas      plutôt faux      faux

QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE)

*d. mon état de santé est excellent.*

↓ ↓ ↓ ↓ ↓  
\_\_\_\_\_  
Tout à fait vrai    assez vrai    ne sais pas    plutôt faux    faux

Wade JE, Sherbourne CD. The MOS 36-item short-form health survey (SF-36). Medical Care 1992;30:473-483.

# Annexe N°11

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:						
كثيراً	أبداً					
Beaucoup	Pas de tout					
5 4 3	2	1				
					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	
5	4	3	2	①	أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.	1
⑤	4	3	2	1	أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.	2
5	4	3	2	①	أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus.	3
⑤	4	3	2	1	أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.	4
⑤	4	3	2	1	ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.	5
5	④	3	2	1	أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.	6
⑤	4	3	2	1	أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلتي. Me tracasser à propos de mes problèmes.	7
⑤	4	3	2	1	ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.	8
5	4	3	2	①	أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».	9
⑤	4	3	2	1	أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.	10
5	4	3	2	①	أحاول النوم. Essayer de dormir.	11
5	4	3	2	①	أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.	12
⑤	4	3	2	1	أشعر بالحسرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.	13
⑤	4	3	2	1	أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).	14
5	4	3	2	①	أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.	15
⑤	4	3	2	1	أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.	16

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:					
كثيراً		أبداً			
Beaucoup		Pas de tout			
5	4	3	2	1	
				(1)	17
5	4	3	2	(1)	ألوم نفسي على أني جذ حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.
5	4	3	2	(1)	18
				(1)	أذهب إلى مطعم أو أكل شيئاً. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
(5)	4	3	2	1	19
				1	أصبح أكثر إستياءً (إغتياضاً) Etre de plus en plus contrarié(e).
5	4	(3)	2	1	20
				1	أشتري لي شيئاً. M'acheter quelque chose.
(5)	4	3	2	1	21
				1	أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.
5	4	(3)	2	1	22
				1	ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.
5	4	3	2	(1)	23
				(1)	أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.
5	4	3	2	(1)	24
				(1)	أبذل جهداً لتحليل الوضعية. M'efforcer d'analyser la situation.
5	4	3	2	(1)	25
				(1)	أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.
5	4	3	2	(1)	26
				(1)	أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.
5	4	(3)	2	1	27
				1	أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.
(5)	4	3	2	1	28
				1	أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.
5	4	3	2	(1)	29
				(1)	أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).
(5)	4	3	2	1	30
				1	أرتبك (أنزعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
(5)	4	3	2	1	31
				1	أقضي وقتاً مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne (intime).
5	4	3	2	(1)	32
				(1)	أذهب للتنزه. Aller me promener

كثيرا		أبدا			في المواقف الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout				
5 4 3	2	1			
5 4 3	2	1	Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :		
5 4 (3)	2	1	33 أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.		
(5) 4 3	2	1	34 استرجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.		
5 4 3	2	(1)	35 أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.		
5 4 3	(2)	1	36 أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.		
5 4 3	2	(1)	37 أهنف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).		
(5) 4 3	2	1	38 أعضب. Me m'être en colère.		
(5) 4 3	2	1	39 أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.		
5 4 3	2	(1)	40 أشاهد فيلما. Voir un film.		
5 4 3	2	(1)	41 أأخذ بزمام أمور الموضعية. Prendre le contrôle de la situation.		
5 (4) 3	2	1	42 أبذل جهدا إضافيا حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».		
(5) 4 3	2	1	43 أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.		
(5) 4 3	2	1	44 أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الموضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.		
(5) 4 3	2	1	45 ألوم أشخاصا آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.		
5 4 3	2	(1)	46 أستغل الموضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.		
5 4 (3)	2	1	47 أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الموضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.		
5 4 3	2	(1)	48 أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.		

## Annexe N°12

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:							
كثيراً	Pas de tout			أبداً			
Beaucoup	5	4	3	2	1		
						Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	
5	4	3	(2)	1		أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.	1
5	4	3	2	(1)		أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.	2
(5)	4	3	2	1		أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus.	3
(5)	4	3	2	1		أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.	4
5	4	3	2	(1)		ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.	5
5	4	(3)	2	1		أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.	6
5	4	(3)	2	1		أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلي. Me tracasser à propos de mes problèmes.	7
5	4	3	2	(1)		ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.	8
5	4	3	(2)	1		أقوم بمشاهدة وإجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».	9
5	4	3	2	(1)		أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.	10
5	4	(3)	2	1		أحاول النوم. Essayer de dormir.	11
5	(4)	3	2	1		أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.	12
5	4	(3)	2	1		أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.	13
5	4	3	2	(1)		أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).	14
5	4	3	2	(1)		أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.	15
5	4	3	2	(1)		أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.	16

كثيرا		أبدا			في الوضغيات الضاغطة أميل عادة إلى:	
Beaucoup		Pas de tout				
5	4	3	2	1		
					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement	
					tendance à :	
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على أني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضغية.	17
					Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.	
5	4	3	2	1	أذهب إلى مطعم أو أكل شيئا.	18
					Sortir au restaurant ou manger quelque chose.	
5	4	3	2	1	أصبح أكثر إستياء (إغتياضا)	19
					Etre de plus en plus contrarié(e).	
5	4	3	2	1	أشترى لي شيئا.	20
					M'acheter quelque chose.	
5	4	3	2	1	أحدد خطة عمل و أتبعها.	21
					Déterminer une ligne d'action et la suivre.	
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل.	22
					Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.	
5	4	3	2	1	أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء	23
					Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.	
5	4	3	2	1	أبذل جهدا لتحليل الوضغية.	24
					M'efforcer d'analyser la situation.	
5	4	3	2	1	أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل.	25
					Me bloquer et ne plus savoir faire.	
5	4	3	2	1	أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية.	26
					Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.	
5	4	3	2	1	أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي.	27
					Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.	
5	4	3	2	1	أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به.	28
					Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.	
5	4	3	2	1	أقوم بزيارة لصديق (ة).	29
					Rendre visite à un(e) amis(e).	
5	4	3	2	1	أرتبك (أنزعج) بشأن ما سأفعل.	30
					Me tracasser à propos de ce que je vais faire	
5	4	3	2	1	أقضي وقتا مع شخص حميم.	31
					Passer un moment avec une personne (intime).	
5	4	3	2	1	أذهب للتنزه.	32
					Aller me promener	

كثيرا		أبدا			في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout				
5 4 3	2	1			
5 4 3	2	1			Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5 4 3	2	1			33 أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5 4 3	2	1			34 استرجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5 4 3	2	1			35 أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5 4 3	2	1			36 أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5 4 3	2	1			37 أهنف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
5 4 3	2	1			38 أعضب. Me m'être en colère.
5 4 3	2	1			39 أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5 4 3	2	1			40 أشاهد فيلما. Voir un film.
5 4 3	2	1			41 أخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5 4 3	2	1			42 أبذل جهدا إضافيا حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5 4 3	2	1			43 أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
5 4 3	2	1			44 أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
5 4 3	2	1			45 ألوم أشخاصا آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5 4 3	2	1			46 أستغل الوضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5 4 3	2	1			47 أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5 4 3	2	1			48 أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

## Annexe N°13

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:					
كثيراً	أبداً				
Beaucoup	Pas de tout				
5 4 3	2	1	Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :		
5	4	3	2	1	أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose. 1
5	4	3	2	1	أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre. 2
5	4	3	2	1	أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus. 3
5	4	3	2	1	أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes. 4
5	4	3	2	1	ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps. 5
5	4	3	2	1	أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux. 6
5	4	3	2	1	أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلي. Me tracasser à propos de mes problèmes. 7
5	4	3	2	1	ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation. 8
5	4	3	2	1	أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ». 9
5	4	3	2	1	أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités. 10
5	4	3	2	1	أحاول النوم. Essayer de dormir. 11
5	4	3	2	1	أتناول أحد أطبائي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris. 12
5	4	3	2	1	أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation. 13
5	4	3	2	1	أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e). 14
5	4	3	2	1	أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires. 15
5	4	3	2	1	أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver. 16

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:						
كثيرا	أبدا					
Beaucoup	Pas de tout					
5 4 3	2	1				
Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :						
5	4	3	2	1	17	ألوم نفسي على أنني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.
5	4	3	2	1	18	أذهب إلى مطعم أو أكل شيئا. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
5	4	3	2	1	19	أصبح أكثر إستياءً (إغتياضا) Etre de plus en plus contrarié(e).
5	4	3	2	1	20	أشتري لي شيئا. M'acheter quelque chose.
5	4	3	2	1	21	أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.
5	4	3	2	1	22	ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.
5	4	3	2	1	23	أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.
5	4	3	2	1	24	أبذل جهدا لتحليل الوضعية. M'efforcer d'analyser la situation.
5	4	3	2	1	25	أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.
5	4	3	2	1	26	أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.
5	4	3	2	1	27	أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.
5	4	3	2	1	28	أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.
5	4	3	2	1	29	أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).
5	4	3	2	1	30	أرتبك (أنزعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
5	4	3	2	1	31	أقضي وقتا مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne (intime).
5	4	3	2	1	32	أذهب للتنزه. Aller me promener

كثيرا		أبدا			في المواقف الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout				Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	1	33 أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5	4	3	2	1	34 استرجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5	4	3	2	1	35 أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5	4	3	2	1	36 أحلل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5	4	3	2	1	37 أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
5	4	3	2	1	38 أ غضب. Me m'être en colère.
5	4	3	2	1	39 أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5	4	3	2	1	40 أشاهد فيلما. Voir un film.
5	4	3	2	1	41 أخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5	4	3	2	1	42 أبذل جهدا إضافيا حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5	4	3	2	1	43 أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
5	4	3	2	1	44 أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
5	4	3	2	1	45 ألوم أشخاصا آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5	4	3	2	1	46 استغل الوضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5	4	3	2	1	47 أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5	4	3	2	1	48 أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

## Annexe N°14

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:							
كثيراً	Pas de tout			أبداً			
Beaucoup	5	4	3	2	1		
						Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	
5	4	3	2	1	(2)	أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.	1
5	4	3	2	1	(1)	أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.	2
(5)	4	3	2	1		أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتھا. Repenser à de bons moments que j'ai connus.	3
5	4	3	2	1	(1)	أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.	4
5	4	3	2	1	(1)	ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.	5
5	(4)	3	2	1		أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.	6
(5)	4	3	2	1		أرتبك (أزعج) بشأن مشاكلني. Me tracasser à propos de mes problèmes.	7
5	4	3	2	1	(1)	ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.	8
5	4	3	2	1	(1)	أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».	9
5	4	3	2	1	(1)	أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.	10
(5)	4	3	2	1		أحاول النوم. Essayer de dormir.	11
5	4	3	2	1	(1)	أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.	12
(5)	4	3	2	1		أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.	13
(5)	4	3	2	1		أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).	14
5	4	3	2	1	(1)	أفكر في الطريقة التي حللت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.	15
5	4	3	2	1	(1)	أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.	16

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:						
كثيرا	أبدا					
Beaucoup	Pas de tout					
5 4 3 2 1	5	4	3	2 1		
					Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	
⑤	4	3	2	1	ألوم نفسي على أنني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الوضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.	17
5	4	3	2	①	أذهب إلى مطعم أو أكل شيئا. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.	18
⑤	4	3	2	1	أصبح أكثر إستياءً (إغتياضا) Etre de plus en plus contrarié(e).	19
5	4	3	2	①	أشتري لي شيئا. M'acheter quelque chose.	20
5	④	3	2	1	أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.	21
⑤	4	3	2	1	ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.	22
5	4	3	2	①	أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.	23
5	4	3	2	①	أبذل جهداً لتحليل الوضعية. M'efforcer d'analyser la situation.	24
⑤	4	3	2	1	أعجز عن التفكير و لا أعرف ما إذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.	25
⑤	4	3	2	1	أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.	26
5	4	3	2	①	أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.	27
5	4	3	2	①	أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.	28
5	4	3	2	①	أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).	29
5	4	③	2	①	أرتبك (أنزعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire	30
5	4	③	2	①	أقضي وقتا مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne (intime).	31
5	4	3	2	①	أذهب للتنزه. Aller me promener	32

كثيرا		أبدا		في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:	
Beaucoup	Pas de tout				
5 4 3	2 1			Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :	
5 4 (3)	2 1			33	أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5 4 3	2 (1)			34	استرجع (أردد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5 4 3	(2) 1			35	أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5 4 3	2 (1)			36	أحل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5 4 3	2 (1)			37	أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
(5) 4 3	2 1			38	أغضب. Me m'être en colère.
5 4 (3)	2 1			39	أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5 4 3	2 (1)			40	أشاهد فيلما. Voir un film.
5 4 3	2 (1)			41	أخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5 4 3	(2) 1			42	أبذل جهدا إضافيا حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5 4 (3)	2 1			43	أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
5 4 (3)	2 1			44	أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
5 (4) 3	2 1			45	ألوم أشخاصا آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5 4 3	(2) 1			46	أستغل الوضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5 4 3	(2) 1			47	أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5 4 3	2 (1)			48	أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

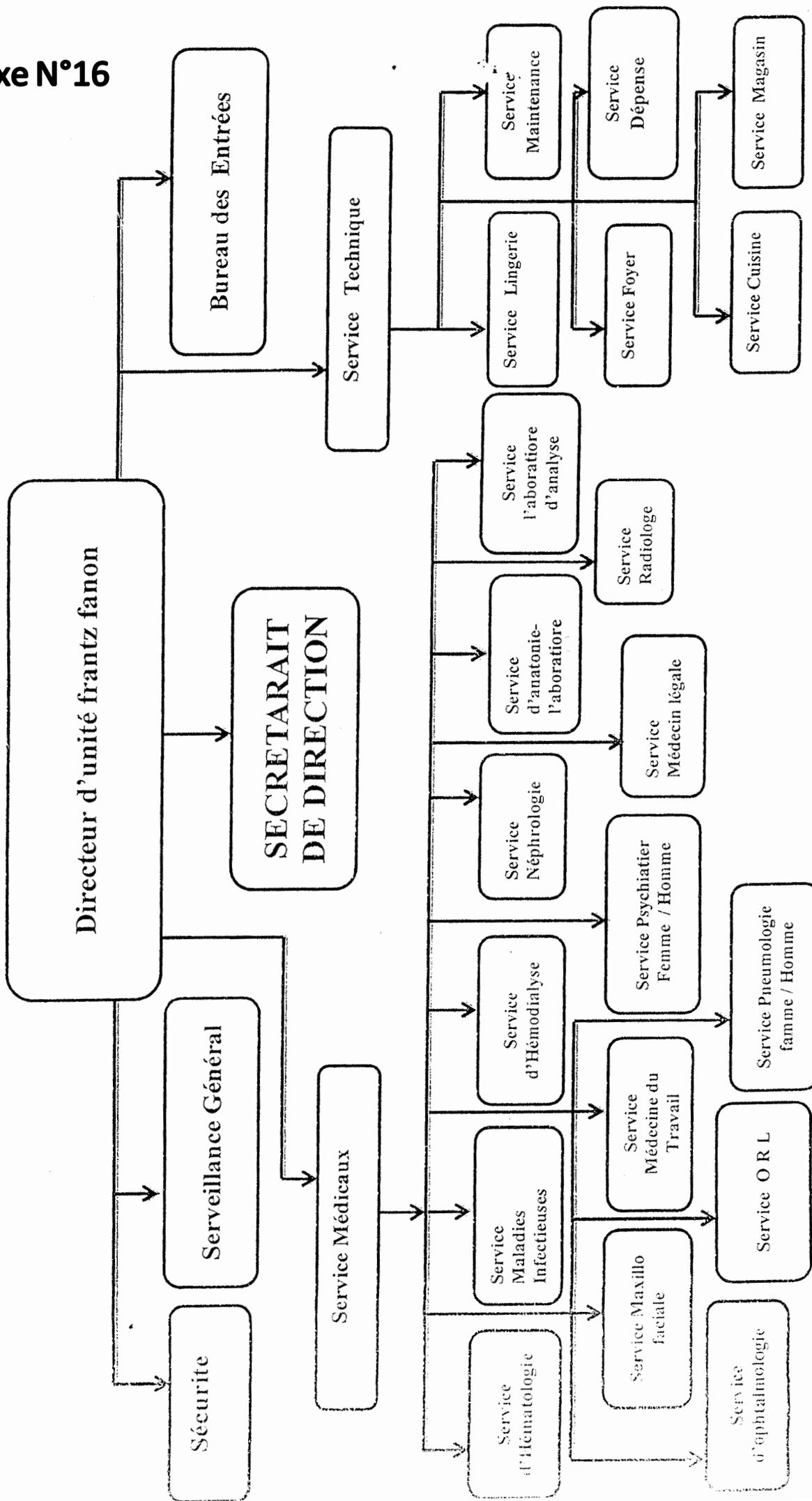
## Annexe N°15

في الوضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:						
كثيراً	أبداً					
Beaucoup	Pas de tout					
5 4 3	2	1				
5	4	3	2	1	1	أحسن تنظيم الوقت الذي بحوزتي. Mieux organiser le temps dont je dispose.
5	4	3	2	1	2	أركز على المشكلة و أفكر في إمكانية حلها. Me centrer sur le problème et voir comment je peux le résoudre.
5	4	3	2	1	3	أتذكر أجمل اللحظات التي عرفتتها. Repenser à de bons moments que j'ai connus.
5	4	3	2	1	4	أحاول أن أكون (أتواجد) برفقة أشخاص آخرين. Essayer de me retrouver en compagnie d'autres personnes.
5	4	3	2	1	5	ألوم نفسي على تضييع الوقت. Me reprocher de perdre du temps.
5	4	3	2	1	6	أفعل ما أعتقد أنه الأفضل. Faire ce que je pense être le mieux.
5	4	3	2	1	7	أرتبك (أنزعج) بشأن مشاكلتي. Me tracasser à propos de mes problèmes.
5	4	3	2	1	8	ألوم (أعاتب) نفسي لكوني في وضعية كهذه. Me reprocher de m'être mis(e) dans une telle situation.
5	4	3	2	1	9	أقوم بمشاهدة واجهات المحلات و التسوق. Faire du « lèche-vitrine », du « shopping ».
5	4	3	2	1	10	أحدد و أستخلص أولوياتي. Définir, dégager mes priorités.
5	4	3	2	1	11	أحاول النوم. Essayer de dormir.
5	4	3	2	1	12	أتناول أحد أطباقي أو أكلاتي المفضلة. M'offrir un de mes plats ou aliments favoris.
5	4	3	2	1	13	أشعر بالحصرة لعدم استطاعتي التغلب على الوضعية. Me sentir anxieux (se) de ne pas pouvoir surmonter la situation.
5	4	3	2	1	14	أصبح متوتراً (ة) جداً و/أو متشنجاً (ة) (منقبضاً). Devenir très tendu(e) et/ou crispé(e).
5	4	3	2	1	15	أفكر في الطريقة التي حلت بها مشاكل مشابهة. Penser à la manière dont j'ai résolu des problèmes similaires.
5	4	3	2	1	16	أقول أن ما حصل لي ليس حقيقياً. Me dire que cela n'est pas réellement en train de m'arriver.

أبداً					كثيراً					في الموضعيات الضاغطة أميل عادة إلى:
Pas de tout					Beaucoup					
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	17 ألوم نفسي على أنني جد حساس (ة) / انفعالي (ة) أمام الموضعية. Me reprocher d'être trop sensible/émotif(ve) face à la situation.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	18 أذهب إلى مطعم أو أكل شيئاً. Sortir au restaurant ou manger quelque chose.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	19 أصبح أكثر إستياءً (إغتياضاً) Etre de plus en plus contrarié(e).
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	20 أشتري لي شيئاً. M'acheter quelque chose.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	21 أحدد خطة عمل و أتبعها. Déterminer une ligne d'action et la suivre.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	22 ألوم نفسي على عدم معرفتي ما أفعل. Me reprocher de ne pas savoir quoi faire.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	23 أذهب لسهرة أو لحفلة عند الأصدقاء Aller à une soirée, à une « fête » chez des amis.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	24 أبذل جهداً لتحليل الموضعية. M'efforcer d'analyser la situation.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	25 أعجز عن التفكير و لا أعرف ما ذا أفعل. Me bloquer et ne plus savoir faire.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	26 أقوم دون تأجيل (مباشرة) بنشاطات تكيفية. Entreprendre sans délai des actions d'adaptation.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	27 أفكر في ما حدث لي و أستفيد من أخطائي. Réfléchir à ce qui s'est produit et tirer parti de mes erreurs.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	28 أتمنى أن لي القدرة على تغيير ما حدث أو ما شعرت به. Souhaiter pouvoir changer ce qui s'est passé ou ce que j'ai ressenti.
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	29 أقوم بزيارة لصديق (ة). Rendre visite à un(e) amis(e).
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	30 أرتبك (أنزعج) بشأن ما سأفعل. Me tracasser à propos de ce que je vais faire
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	31 أقضي وقتاً مع شخص حميم. Passer un moment avec une personne (intime).
5	4	3	2	1	5	4	3	2	1	32 أذهب للتنزه. Aller me promener

كثيرا		أبدا			في الوضعية الضاغطة أميل عادة إلى:
Beaucoup	Pas de tout				Dans les situations stressantes, j'ai habituellement tendance à :
5	4	3	2	1	
5	4	3	2	①	33 أقول لي نفسي أن هذا لن يتكرر أبدا. Me dire que cela ne se reproduira plus jamais.
5	4	3	2	①	34 استرجع (أررد) في ذهني نقائصي و عدم توافقاتي العامة. Ressasser mes insuffisances et inadaptations générales.
5	④	3	2	1	35 أتحدث لشخص أقدر نصائحه. Parler avec quelqu'un dont j'apprécie les conseils.
5	4	3	2	①	36 أحل المشكلة قبل التصرف. Analyser le problème avant de réagir.
5	4	③	2	1	37 أهاتف لصديق (ة). Téléphoner à un(e) ami(e).
⑤	4	3	2	1	38 أعضب. Me m'être en colère.
⑤	4	3	2	1	39 أعدل أولوياتي. Ajuster mes priorités.
5	4	3	2	①	40 أشاهد فيلما. Voir un film.
5	4	3	2	①	41 أخذ بزمام أمور الوضعية. Prendre le contrôle de la situation.
5	4	3	2	①	42 أبذل جهدا إضافيا حتى تسير الأمور. Faire un effort supplémentaire pour que les « marchant ».
5	4	3	2	①	43 أضع مجموعة مختلفة من الحلول للمشكلة. Mettre sur pied un ensemble de solutions différentes au problème.
⑤	4	3	2	1	44 أجد وسيلة حتى لا أفكر و أتفادى هذه الوضعية. Trouver un moyen pour ne plus y penser, que éviter cette situation.
⑤	4	3	2	1	45 ألوم أشخاصا آخرين. M'en prendre à d'autres personnes.
5	4	3	2	①	46 أستغل الوضعية لإثبات ما أنا قادر على فعله. Profiter de la situation pour montrer ce dont je suis capable.
5	4	3	2	①	47 أحاول أن أنظم نفسي حتى أسيطر على الوضعية. Essayer de m'organiser pour mieux dominer la situation.
5	4	3	2	①	48 أشاهد التلفاز. Regarder la télévision.

L'Organigramme de Frantz Fanon 2014



# **Partie théorique**

*Chapitre I*  
**Le trouble de personnalité  
borderline**

*Chapitre IV*  
**Méthodologie de la  
recherche**

# **Partie pratique**

# **Problématique et Hypothèses**

*Chapitre II*  
**La qualité de vie**

# **Chapitre III**

## **Les stratégies de coping**

## **Chapitre V**

# **Analyse, présentation et discussion des hypothèses**

# **Liste bibliographique**