



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Faculté des sciences humaines et sociales

Département de psychologie et d'orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en

Psychologie clinique

Thème

Les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble bipolaire : Étude de six cas hospitalisés au niveau de l'EHS en psychiatrie d'OUED GHIR

Présenté par :

IHAMDANENE Sara

HEOUCHAT Tinhinane

Dirigé par :

Dr FERGANI Louhab

Année Universitaire 2024-2025

Remerciement

A l'occasion de la soutenance de notre mémoire de fin d'étude présenté en vue de l'obtention du diplôme de Master en Psychologie Clinique. Il est agréable d'exprimer nos gratitude envers tous ceux qui ont contribué à notre formation et qui nous ont aidés à réaliser ce travail.

Nous tenons, d'abord, à remercier Dieu, le tout puissant et miséricordieux, qui nous a donné de la force et la patience d'accomplir ce modeste travail.

Nous remercions notre promoteur Monsieur Fergani pour son orientation, ses conseils, et son encadrement, qui a bien accepté de diriger ce travail, et pour nous avoir éclairés dans notre démarche de recherche par sa disponibilité et ses précieux conseils tout en offrant une grande liberté dans la réalisation de ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de notre parfaite reconnaissance et sincère gratitude, nous vous remercions pour la deuxième fois.

On tient à remercier aussi, les membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Je remercie également l'ensemble des enseignants du département de psychologie pour la qualité de leur enseignement et leur engagement tout au long de notre parcours universitaire.

Nous remercions également le directeur de l'EHS en psychiatrie d'Oued Ghir et la psychologue Madame Toukfa de nous avoir permis de mener à bien notre recherche au sein de cet établissement.

Nos vifs remerciements vont également à nos sujets de recherche, qui sans leur collaboration notre étude n'aurait pu avoir lieu.

Enfin, nos remerciements s'adressent à toutes les personnes qui ont contribué de près et de loin à la réalisation de ce travail et une pensée va également à tous nos amis (es) qui nous ont soutenus au cours de ces années.

Dédicace

Avant toute chose, je rends grâce à Allah, source de toute sagesse et de toute force, sans qui ce travail n'aurait jamais pu voir le jour.

Je dédie ce travail, avec tout le respect et la reconnaissance qui m'habitent, à ceux qui occupent une place particulière dans mon cœur :

À la prunelle de mes yeux, ma lune, ma source de vie et de bonheur, celle qui a illuminé mon chemin et guidé mes pas : ma mère « Noria »

À celui qui a fait de moi la femme que je suis aujourd'hui, ma source d'amour, de tendresse et de soutien constant : mon père « Rabah »

À ma grand-mère, pour son amour et son soutien

À mes frères, qui sont toujours à mes côtés et ne cessent de me soutenir, Je vous remercie du fond du cœur pour votre présence, votre amour et votre force.

À ma belle-sœur Kenza, qui est une partie de moi, une grande sœur et une amie qui a toujours été la présente pour me conseiller me soutenir et m'encourager.

À mon fiancé, qui a été là pour moi, à me soutenir et m'encourager tout le long de ce parcours

À mes oncles et mes tantes, pour leur affection et leurs encouragements.

À ma belle copine Rouhia, et à tous mes amis et camarades avec qui j'ai partagé des souvenirs inoubliables.

À mon binôme Sara, pour son soutien moral, sa patience et sa compréhension tout au long de ce projet.

Enfin, à toute ma famille, et à toutes les personnes que j'ai croisées durant cette aventure, et qui, d'une manière ou d'une autre, ont contribué à l'accomplissement de ce travail.

Tinhinan Heouchat

Dédicace

À tous ceux dont nous avons croisé les visages avec douceur, À ceux qui ont soutenu mes lettres, m'ont encouragé, corrigé mes erreurs de narration.

Je dédie ce modeste travail à ceux qui rien n'aurait été possible sans eux et qui ont compté et comptent énormément pour moi:

Mon très chère père Allaoua, le brave homme dans je suis fière d'être sa fille.

Ma très chère mère Noria, brave femme honnête, celle dans je suis fière d'être sa fille.

Mn précieux frère « Djamel » et ma jolie et grande sœur « Lynda » qui m'a aidée dans mes études depuis que j'étais enfant, le mérite lui revient, les mots ne peuvent pas résumer ma reconnaissance et mon amour à votre égard pour l'affection qui nous relie

À mes chère sœur Lila et Rakel, pour leur amour inconditionnel et leur présence constante.

À mes deux amies chères Khadidja et Houda, pour leur affection, leur patience et leurs encouragements.

À ma binôme Tinhinane, pour sa collaboration précieuse, son sérieux et sa bonne humeur tout au long de ce projet.

À mes amis Youva et Anis, pour leur soutien moral et leur bienveillance.

Enfin, je tiens à exprimer ma profonde reconnaissance à Monsieur Fergani, mon encadrant, pour sa disponibilité, ses conseils avisés et son accompagnement tout au long de ce travail.

Et entre les lignes, vous avez toujours une place.

Toutes les personnes que je connais et que j'aime.

Ihamdanene Sara

Table des matières

Introduction générale	1
------------------------------------	----------

Partie théorique

Chapitre 1 : Le trouble bipolaire.....	4
Préambule :.....	5
1.L’aperçu historique sur l’évolution de trouble bipolaire :.....	5
1.1 Des origines à 1850	5
1.2 Les premiers auteurs français	5
1.3 Les précurseurs de Kraepelin :	5
1.4 L’apport sémiologique de Kraepelin.....	6
1.5 De la psychose maniaco-dépressive au trouble bipolaire	7
1.6 Le trouble bipolaire dans les classifications actuelles : approche catégorielle	7
2. La définition de trouble bipolaire :	8
3.Les types de trouble bipolaire :.....	8
4. Les critères diagnostic selon DSM 5 :	9
4.1.Épisode maniaque	9
4.2.Épisode hypomaniaque	10
4.3.Épisode dépressif.....	10
4.4. Trouble cyclothymique.....	11
5. Les différentes explications du trouble bipolaire selon les approches théoriques :	12
5.1. La approche biologique:	12
5.2. La approche psychanalytique:	13
5.3. La approche cognitive:	15
5.4. Les approches centrées sur la famille :.....	16
6. Le traitement de trouble bipolaire :.....	17
6.1. Le traitement biologique	17
3. Les anxiolytiques	18
4. Les antipsychotiques	18
1. L’électro convulsivothérapie (ECT ou électrochocs)	18

2. La stimulation magnétique transcrânienne (SMT)	18
6.2. Les traitements complémentaires de la médecine douce:	18
6.3. L'activité physique	19
6.4. Les traitements psychosociaux	19
6.4.1. La psychoéducation :	19
6.4.2. La psychoéducation de groupe	19
6.4.3. La psychothérapie:	20
a.La thérapie cognitivo-comportementale :	20
b.La thérapie psychodynamique :	21
c.La thérapie de groupe :	21
d.La thérapie familiale et la thérapie de couple :	21
e.Les groupes d'entraide:	21
6.5. L'hospitalisation	21
a.Admission volontaire et involontaire :	21
b.Traitement en milieu hospitalier:	22
Conclusion	22

Chapitre 2 : La qualité de vie et les facteurs favorisant ou défavorisant 24

Préambule	25
------------------------	-----------

PARTIE 01: La qualité de vie 25

1. Histoire et évolution de concept:	25
2. Définitions de la qualité de vie :	25
3. Les différentes approches de la qualité de vie :	26
3.1. L'approche philosophique :	26
3.2. L'approche psychologique :	27
3.3. L'approche politique et économique :	27
3.4. L'approche médicale :	27
3.5. L'approche psychosociologique :	28
4. Approche conceptuelle de la qualité de vie :	28
4.1. Les conceptions objectives :	28

4.2. Les conceptions subjectives :	29
4.3. La conception intégrative :	29
5. Les différents domaines de la qualité de vie :	29
5.1. Le domaine physique de la qualité de vie :	29
5.2. Le Domaine psychologique de la qualité de vie :	30
5.3. Le domaine social de la qualité de vie :	30
5.4. Autres domaines de la qualité de vie:	31
6. Les composants de la qualité de vie :	31
6.1. La satisfaction de la vie :	31
6.2. Le bonheur:	31
6.3. Le bien-être subjectif :	32
7. La qualité de Vie vue comme un tout (globale):	32
8. La qualité de vie liée à la santé :	33
9. Mesure de la qualité de vie et son évaluation :	33
9.1. Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie	34
9.1.1. L'entretien psychologique	34
9.1.2. Les outils psychométriques	34
9.1.3. Les questionnaires génériques	34
9.1.4. Les questionnaires spécifiques	34
9.1.5. Les échelles d'auto-évaluation	35
9.1.6. Les échelles d'hétéro-évaluation	35
PARTIE 02 : les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des patients bipolaires.....	36
1_les facteurs favorisant la qualité de vie des personnes bipolaires :	36
1.1. Un environnement familial et social stable :	36
1.2. L'adhésion au traitement : une observance médicamenteuse de qualité est généralement associée à une amélioration du pronostic de la maladie. (Belzeaux et al, 2013).....	36
1.3. Une bonne intégration sociale et professionnelle :	36
1.5. Un accès adéquat aux soins médicaux et psychothérapeutiques :	37
1.5.1. Psychoéducation :	37
2. Les facteurs défavorisant la qualité de vie des personnes ayant trouble bipolaire : ...	38

2.1. Non adhésion au traitement.....	38
2.2. La stigmatisation sociale.....	39
2.3. Suicide ou tentatives de suicide :	39
2.4. Relations endommagées :	39
2.5. La consommation de la substance :	40
2.6. Manque de soutien social :	40
2.7. l'événement de vie négative :.....	40
La conclusion :	40

Problématique et hypothèses..... 41

Définition et opérationnalisation des concepts clés :.....	48
1)-Trouble bipolaire.....	48
1-1-1) Période dépressif :	48
1-1-2) Période maniaque :.....	48
2)- la qualité de vie :.....	48
2-1-Opérationnalisation du concept :.....	49
2-1-1) Bonne qualité de vie :.....	49
2 1-2) mauvaises qualités de vie :	49
3)- Les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie :	49
3-1-opérationnalisation de concept :	49
3-1-1) les facteurs favorisants :	49
3-1-2)- les facteurs défavorisant :.....	50
Partie pratique	51

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche..... 52

Préambule :.....	53
1. La méthode de recherche :.....	53
1.1. La méthode clinique :.....	53
1.2.Etude de cas :	54
2. Les outils de la recherche :.....	54

2.1. Entretien clinique de recherche :	54
2.2. L'entretien semi directif	55
2.3. Guide d'entretien	55
2.4. La présentation du questionnaire :	56
A .Implication cliniques :	57
B. Limitations :	57
3. Le déroulement de la recherche	59
3.1. Présentation de lieu de recherche	59
3.2. Les critères d'inclusion :	59
3.3. Les critères d'exclusion :	60
3.4. Présentation de groupes de recherches	60
3.5. La pré-enquête :	60
3.6. L'enquête :	61
Conclusions	62

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats **63**

Préambule	64
1. Présentation de cas de Mourad :	64
1.1. Présentation biographique de cas :	64
1.2. Présentation des données d'entretien de monsieur Mourad :	64
1.3.Synthèse de cas :	66
1.5. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref	66
1.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :	67
2. Présentation de cas de Mennad :	67
2.1. Présentation de biographie de cas :	67
2.2. Présentation et analyse des données de guide d'entretien de Mennad :	68
2.3. Synthèse :	68
2.4. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :	69
2.5. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref	69
2.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :	70

3. Présentation de cas de Samir :	70
3.1. Présentation de biographie de cas :	70
3.2. Présentation et analyse de guide d’entretien.....	70
3.3. Synthèse :	71
3.4. Présentation et analyse des données de l’échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :	71
3.5 Analyse des résultats de l’échelle WHOQOL-bref.....	72
3.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :	72
4.Présentation de cas du Sofiane :	73
4.1. Présentation de biographie de cas :	73
4.2. Présentation de guide d’entretien :	73
4.3 Présentation et analyse des données de l’échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :	75
4.4. Analyse des résultats de l’échelle WHOQOL-bref.....	75
4.5 Analyse des résultats de l’échelle WHOQOL-bref.....	76
4.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :	76
5. Présentation de Cas d’Abd lhafid :	76
5.1. Présentation de biographie de cas :	77
5.2. La présentation de guide d’entretien :	77
5.3. Présentation et analyse des données de l’échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF:	79
5.4. Analyse des résultats de l’échelle WHOQOL-bref.....	80
5.5. Synthèse du WHOQOL-BREF :	80
6. Présentation de cas de Tourkia :	81
6.1. Présentation de biographie de cas :	81
6.2. Présentation et analyse des données du guide d’entretien de Tourkia :.....	81
6.3. Synthèse :	82
6.4. Présentation et analyse des données de l’échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :	82
6.5 Analyse des résultats de l’échelle WHOQOL-bref :.....	83
6.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :	83
Discussions des hypothèses	84
1_ Discussion de l’hypothèse générale	84

2_ Discussion des hypothèses partielles :	84
Conclusion générale	87
Liste bibliographique	90
Les annexes	
Résumé	

Introduction générale

Introduction générale

La santé mentale constitue aujourd'hui un enjeu majeur de santé publique, tant par sa prévalence que par ses répercussions sur la vie quotidienne des individus concernés. Parmi les troubles psychiatriques les plus complexes et les plus stigmatisés figurent le trouble bipolaire, caractérisé par des épisodes alternant phases maniaques et dépressives. Vivre avec un trouble bipolaire, c'est naviguer en permanence entre des extrêmes émotionnels, entre des périodes d'euphorie exaltée et des épisodes de profonde détresse. Ce trouble ne se limite pas à de simples sautes d'humeur: il bouleverse la perception de soi, les relations aux autres, et la stabilité de la qualité de vie.

Ainsi que la notion de qualité de vie, bien qu'essentielle, reste difficile à cerner tant elle est influencée par des facteurs multiples : psychologiques, sociaux, environnementaux, économiques et médicaux. Dans le cadre du trouble bipolaire, ces déterminants prennent une dimension particulière. Le vécu subjectif des personnes atteintes, leur perception du soutien social, leur accès aux soins, mais aussi leur capacité à faire face à la maladie et à ses conséquences, façonnent de manière déterminante leur qualité de vie.

Cependant, La qualité de vie des personnes souffrant d'un trouble bipolaire dépend de nombreux facteurs, qu'ils soient médicaux, psychologiques, sociaux ou environnementaux. Identifier ces éléments, qu'ils soient favorables ou défavorables, permet non seulement de mieux comprendre les besoins des patients, mais aussi d'orienter les stratégies thérapeutiques vers une prise en charge plus globale et personnalisée.

Notre étude de recherche intitulée « les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble bipolaire » nous mène à trouver les facteurs qui impactent la vie quotidienne de six patients que nous avons intervenus à l'établissement Hospitalier Spécialisé en Psychiatrie Oued Ghir, notre recherche sur le terrain nous a guidé à trouver des réponses à nos questions.

Notre travail est subdivisé en deux parties afin de vérifier nos hypothèses. Dans la partie théorique nous nous sommes basés sur la revue de la littérature en lien avec notre thème de recherche, et dans la partie pratique nous avons présenté notre méthodologie de recherche ainsi que l'interprétation des résultats.

Notre travail se compose de quatre chapitres : deux chapitres théoriques et deux chapitres pratiques et la problématique, les hypothèses et l'opérationnalisation des concepts.

Le premier chapitre est consacré au « trouble bipolaire» dans lequel on présentera l'histoire, la définition de trouble bipolaire ainsi que les types et les critères diagnostiques, et la prise en charge de trouble.

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. Nous avons illustré les différentes composantes et dimensions de : 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

Introduction générale

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.

Un seconde temps, nous présenterons une autre partie consacrée les facteurs qui favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes bipolaire. Puis, nous allons exposer la problématique, les hypothèses et l'opérationnalisation des concepts. Après avoir présenté les deux premiers chapitres théoriques et la problématique, nous nous allons passer à la partie pratique :

Dans le troisième chapitre, nous allons présenter notre méthodologie de recherche en abordant la méthode utilisée, le groupe et le lieu de recherche ainsi que les outils utilisés et la stratégie de recherche.

Dans le quatrième et dernier chapitre, nous allons présenter et analyser les résultats en exposant six études de cas cliniques qui nous permettrons de répondre à notre problématique et de vérifier nos hypothèses.

Enfin, nous allons finir ce travail de recherche par une conclusion générale qui reprendra les éléments principaux de notre recherche et qui répondra à notre question de départ. Par la suite, nous présenterons la liste des références bibliographiques ainsi que les annexes puis le résumé.

Partie théorique

Chapitre 1 :

Le trouble bipolaire

Préambule :

Le trouble bipolaire est un problème de santé mentale qui affecte l'humeur l'énergie l'activité et la pensée d'une personne ce trouble entraîne un handicap important et des difficultés majeures dans de nombreux aspects de la vie.

Dans ce chapitre on va aborder l'évolution de trouble bipolaire sa définition ses types sa sémiologie et les différentes approches qui explique ce trouble et en fin le traitement et la psychothérapie.

1. L'aperçu historique sur l'évolution de trouble bipolaire :

De l'antiquité au 19ème siècle (1850) les médecins ont reconnu dans l'alternance Entre manie et mélancolie un type morbide particulier et lui ont donné un nom.

1.1 Des origines à 1850

L'histoire des tentatives de catégorisation des troubles mentaux remonte à l'antiquité, Période au cours de laquelle furent posées les fondations de la pensée médicale occidentale. À l'1er siècle Arrêtée de Cappadoce fait de la mélancolie un premier degré de la manie et met en évidence la succession possible de ces deux états. Mais Ces premières nosographies étaient plus souvent une collection de réflexions et d'observations qu'une articulation conceptuelle et les troubles mentaux n'y tenaient qu'une place modeste. Durant le moyen âge et le siècle des lumières, les termes de mélancolie et manie apparaissent dans les courants artistiques, philosophiques. En médecine, Willis (1622-1675) observe pour la première fois, la succession répétée des deux états manie et mélancolie.

1.2 Les premiers auteurs français

Au XIXème siècle, avec l'arrivée des aliénistes la classification des maladies se fonde sur une description clinique méthodique. Au début du XIXe siècle Philippe Pinel et à sa suite Esquirol considèrent la folie (alors connue sous l'appellation d'aliénation mentale) en termes de maladie unique, dans laquelle sont décrites Plusieurs entités cliniques : la manie, la mélancolie (scindée par Esquirol en monomanie et lypémanie), démence et idiotisme (idiotie et imbecillité, selon Esquirol). La manie, alors considérée comme un délire général, peut évoluer vers la mélancolie, un délire partiel triste. Pinel comme Esquirol considéreront manie et mélancolie comme des espèces parfaitement distinctes et autonomes.

1.3 Les précurseurs de Kraepelin :

au XIXème siècle Dès lors, nombre de tableaux nosographiques des maladies mentales seront proposés, avec une richesse grandissante au cours du XIXème siècle. Baillarger en 1854 définit « la folie à double forme » comme « un genre de folie caractérisé par deux périodes régulières, l'une de dépression, l'autre d'excitation ». Dans la « folie circulaire » J.P. Falret décrit une « alternative régulière de la manie et de la mélancolie », qui « se succèdent le plus souvent pendant toute la vie », et non plus isolées dans l'existence du sujet.

A la suite de son père, Jules Falret (1824-1902) décrit la folie à formes alternes, dans laquelle il distingue des formes à courtes périodes et des formes à longues périodes en fonction de la durée de l'intervalle libre.

En 1890, Magnan définit enfin la folie intermittente, "espèce pathologique se traduisant par la répétition d'accès maniaques ou mélancoliques, isolés ou combinés de diverses manières, mais présentant toujours une évolution, une marche et des caractères généraux communs". Chacun de ces termes, réunissant au sein d'une même entité nosographique deux états cliniques distincts et séparés dans le temps, sont probablement à l'origine d'une vision moderne des troubles mentaux, qui vise à distinguer les maladies mentales sur la base de leurs caractéristiques évolutives.

1.4 L'apport sémiologique de Kraepelin

En 1899 puis en 1907 Kraepelin dans son second traité, va assembler toutes les différentes formes de psychoses décrites sous les qualificatifs : d'intermittentes, circulaires, cycliques, à double forme, alternes, périodiques, en une affection unique : La folie maniaco-dépressive.

Pour Kraepelin, ce qui fait l'unité d'une maladie, c'est son évolution, plus précisément l'évolution et les conséquences du processus qui est à sa base. Il opposera alors la « folie maniaco-dépressive », du fait de processus différents sous-jacents, à la « dementia praecox » (future schizophrénie). Tout état pathologique endogène qui aboutit à un état de « Verblödung », autrement dit à un état démentiel que l'on qualifierait de déficitaire actuellement est qualifié de démence précoce. La folie maniaco-dépressive se distingue de la démence précoce, puisque elle est considérée comme une alternance de troubles relevant de l'inhibition ou de l'excitation des fonctions mentales. « Les attaques de la folie maniaco-dépressive ne conduisent jamais à une démence profonde, même quand elles continuent toute la vie sans interruption ». Les rechutes successives de la folie maniaco-dépressive peuvent amener le patient à un état « terminal déficitaire c'est-à-dire asilaire », autrement dit à une nécessité d'institutionnalisation.

Par ailleurs, Kraepelin considère la folie maniaco-dépressive comme endogène, constitutionnelle dont l'évolutivité serait peu influencée par les facteurs psychologiques et environnementaux. La séquence et la durée des cycles, la durée et la place de l'intervalle libre, la polarité des accès ne modifient pas le diagnostic mais en déterminent les aspects cliniques. Il constate que les manies se retrouvent plus chez le sujet jeune, que les dépressions augmentent avec l'âge et que les personnes âgées présentent plus de formes délirantes. Il identifie des dépressions spécifiques des personnes âgées qu'il qualifie de mélancolie d'involution, qu'il exclut de la folie maniaco-dépressive dans son sixième traité pour finalement l'intégrer à dans son 8^{ème} traité entre 1909 et 1915.

Kraepelin mentionnait en 1899 : « Un certain nombre de dépressions au cours d'involution de la vieillesse n'aboutissent pas à la guérison mais conduisent à la démence et n'ont pas le pronostic généralement favorable des maladies maniaco-Dépressives » La séparation des deux principales psychoses kraepeliniennes n'était pas un article de foi intangible. Diverses formes de troubles de l'humeur avaient été retranchées en 1913 de la folie maniaco-dépressive pour se rattacher à la démence précoce : la démence dépressive simple, la démence dépressive

délirante, la démence agitée circulaire, maniaque ou périodique. Kraepelin y note « il est évident que nous ne pouvons pas distinguer de manière satisfaisante ces deux maladies » (la démence précoce et la folie maniaque-dépressive). Enfin, Kraepelin va distinguer quatre formes cliniques. Outre les états maniaques et les états dépressifs, il isole l'état mixte et les « Grundzustände », les « états fondamentaux ». L'état mixte est un état où s'associent dans un même accès des symptômes de type mélancolique et maniaque. Quant aux états fondamentaux, ils sont considérés comme des premiers degrés de la folie maniaco-dépressive et comme une base favorable au développement ultérieur de troubles maniaco-dépressifs.

1.5 De la psychose maniaco-dépressive au trouble bipolaire

Au début du XX^{ème} siècle Deny et Camus reprennent l'ensemble des travaux de Kraepelin et introduisent en 1907, le terme de « psychose maniaco-dépressive ». Ce terme comporte seulement 3 groupes d'éléments reliés entre eux, par de nombreuses formes intermédiaires : des états maniaques, des états dépressifs et des états mixtes. Dans les années d'après-guerre, Kleist, Angst et Perris en Europe ainsi que Winokur aux Etats-Unis critiquent la conception unitaire kraepelinienne laquelle inclut dans la maladie maniaco-dépressive les patients qui n'ont jamais présenté de périodes d'excitation. Ces auteurs séparent le groupe des « monopolaires », désignés ultérieurement sous le terme « unipolaires », du groupe des « bipolaires ». L'école américaine, au travers du manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (DSM) tient compte de cette distinction. Dans la version III du DSM en 1980, les troubles affectifs sont partagés en deux catégories : la psychose maniaco-dépressive bipolaire d'une part et la psychose maniaco-dépressive unipolaire d'autre part. Ces deux entités seront dénommées respectivement trouble bipolaire et dépressions récurrentes dans les versions suivantes du DSM. Les modifications successives ont porté essentiellement sur la réorganisation des catégories diagnostiques et de leurs critères, mais celles représentatives des troubles affectifs sont restées largement stables

1.6 Le trouble bipolaire dans les classifications actuelles : approche catégorielle

Le concept ancien de psychose maniaco-dépressive de Kraepelin est abandonné au profit du trouble bipolaire, tel que défini dans les classifications actuelles (DSM-IV, CIM-10). Ces classifications s'appuient sur la présence d'épisodes thymiques (manie, dépression, hypomanie), leur sévérité, et leur évolution dans le temps. Depuis les travaux de Dunner en 1976 (trouble bipolaire II), le concept s'est élargi à un spectre bipolaire, intégrant différentes formes : des épisodes sévères aux formes tempéramentales plus légères (cyclothymie, dysthymie, hyperthymie). Klerman a introduit une typologie à 6 sous-types (BP I à VI), tandis qu'Akiskal et Pinto (1999) ont proposé une classification en 8 formes, du bipolaire « classique » à des formes tempéramentales ou induites par des substances. La notion de spectre permet de reconnaître la diversité clinique et de détecter des formes atténuées souvent non perçues comme pathologiques, ce qui a des implications majeures sur le diagnostic et le traitement.

Enfin, Akiskal reprend l'idée de tempérament (hérité de Kraepelin) comme facteur prédisposant aux troubles bipolaires. Ces traits (cyclothymique, hyperthymique, etc.) seraient biologiquement ancrés et présents entre les épisodes. Ils servent à affiner la classification et à

mieux comprendre la genèse des troubles thymiques. (FORZAN. A le trouble bipolaire du sujet âgé : approches théoriques et pratiques des troubles cognitifs ». UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE. 2014)

2. La définition de trouble bipolaire :

Les troubles bipolaires sont des troubles de santé mentale caractérisés par des états émotionnels périodiques et intenses qui affectent l'humeur, l'énergie et la capacité de fonctionnement d'une personne. Ces périodes, qui durent de quelques jours à quelques semaines, sont appelées épisodes d'humeur. Les épisodes d'humeur sont classés en épisodes maniaques/hypomaniaques, lorsque l'humeur prédominante est intensément heureuse ou irritable, ou en épisodes dépressifs, lorsque l'humeur est intensément triste ou que la capacité à ressentir de la joie ou du plaisir disparaît. Les personnes atteintes de trouble bipolaire ont généralement également des périodes d'humeur neutre. Lorsqu'elles sont traitées, les personnes atteintes de trouble bipolaire peuvent mener une vie pleine et productive.

Les personnes sans trouble bipolaire peuvent également connaître des sautes d'humeur, mais ces changements, qui font partie du quotidien, durent généralement quelques heures plutôt que quelques jours et ne s'accompagnent pas de changements extrêmes de comportement ou de fonctionnement, tels que des difficultés dans les routines quotidiennes et les interactions sociales. Le trouble bipolaire peut perturber les relations d'une personne avec ses proches et entraîner des difficultés à travailler ou à aller à l'école. (Adrian Preda, M.D. Editor in chief, Psychiatric News April 2024)

3. Les types de trouble bipolaire :

Ce trouble se caractérise par une alternance d'épisodes dépressifs et d'excitations maniaques et se subdivise en plusieurs sous-groupes:

Les troubles bipolaires I (BPI) = accès maniaques caractérisés (ou états mixtes) et épisodes dépressifs majeurs (au sens du DSM-IV) ou subdépressifs. Le diagnostic se pose principalement à partir de l'épisode maniaque;

Les troubles bipolaires II (BPII) = épisodes hypomaniaques et épisodes dépressifs majeurs. Le trouble dépressif est au premier plan, mais l'hypomanie peut être insidieuse et avoir un retentissement sur le fonctionnement global

Les troubles bipolaires III (BPIII) = épisodes dépressifs avec des antécédents familiaux de manie ou plus généralement épisodes dépressifs et états maniaques pharmacologiquement induits. Cette dernière catégorie de trouble n'est pas répertoriée dans les systèmes usuels de classification. Son individualisation paraît néanmoins intéressante car elle permet de délimiter des sous-groupes de patients qui peuvent relever de mesures thérapeutiques spécifiques, dont un traitement par thymorégulateur.

Aux confins de la maladie bipolaire se situe la cyclothymie, définie par une alternance de phases d'hypomanie et d'humeur subdépressive. Les fréquents états subsyndromiques qui persistent entre les épisodes donnent au trouble bipolaire une dimension de chronicité. J. Angst et M. Presig constatent que la totalité des épisodes représentent 20 % de la vie des

patients atteints. J. Goldberg et al. Relèvent une évolution non favorable chez 41 % des patients. L'étude de suivi la plus récente apporte des chiffres encore plus impressionnants [17, 18]. Sur une période de 13 ans de suivi en moyenne, les sujets bipolaires présentent un trouble significatif pendant la moitié du temps avec une prédominance de trouble dépressif. (J, Guelfi F, Rouillon, 2012 . p 307)

4. Les critères diagnostique selon DSM 5 :

4.1.Épisode maniaque

A• Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité orientée vers un but ou de l'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins une semaine (ou toute autre durée si une hospitalisation est nécessaire).

B• Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées délient.
5. Distractibilité (c.-à-d. que l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice (c.-à-d. activité sans objectif, non orientée vers un but).
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

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

D• L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement) ou à une autre affection médicale.

4.2.Épisode hypomaniaque

A• Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée, expansive ou irritable de façon anormale et persistante, avec une augmentation anormale et persistante de l'activité ou du niveau d'énergie, persistant la plupart du temps, presque tous les jours, pendant au moins 4 jours consécutifs.

B• Au cours de cette période de perturbation de l'humeur et d'augmentation de l'énergie ou de l'activité, au moins 3 des symptômes suivants (4 si l'humeur est seulement irritable) sont présents avec une intensité significative et représentent un changement notable par rapport au comportement habituel :

1. Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur.
2. Réduction du besoin de sommeil (p. ex. le sujet se sent reposé après seulement 3 heures de sommeil).
3. Plus grande communicabilité que d'habitude ou désir constant de parler.
4. Fuite des idées ou sensations subjectives que les pensées défilent.
5. Distractibilité (p. ex. l'attention est trop facilement attirée par des stimuli extérieurs sans importance ou non pertinents) rapportée ou observée.
6. Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
7. Engagement excessif dans des activités à potentiel élevé de conséquences dommageables (p. ex. la personne se lance sans retenue dans des achats inconsidérés, des conduites sexuelles inconséquentes ou des investissements commerciaux déraisonnables).

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

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

E. La sévérité de l'épisode n'est pas suffisante pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel ou social, ou pour nécessiter une hospitalisation.

S'il existe des caractéristiques psychotiques, l'épisode est, par définition, maniaque.

F. L'épisode n'est pas imputable aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament ou autre traitement).

4.3.Épisode dépressif

A • Au moins cinq des symptômes suivants sont présents pendant une même période d'une durée de 2 semaines et représentent un changement par rapport au fonctionnement antérieur ;

au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.

N.B. : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une autre affection médicale.

1. Humeur dépressive présente quasiment toute la journée, presque tous les jours, signalée par la personne (p. ex. se sent triste, vide ou sans espoir) ou observée par les autres (p. ex. pleure). (N.B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.)

2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités quasiment toute la journée, presque tous les jours (signalée par la personne ou observée par les autres).

3. Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime (p. ex. modification du poids corporel excédant 5 % en un mois), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours. (N.B. : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de prise de poids attendue.)

4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur).

6. Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se reprocher ou se sentir coupable d'être malade).

8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis, tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes induisent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

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

4.4. Trouble cyclothymique

A. Existence pendant au moins 2 ans (au moins 1 an chez les enfants et les adolescents) de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes hypomaniaques sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode hypomaniaque et de nombreuses périodes pendant lesquelles des symptômes dépressifs sont présents sans que soient réunis les critères d'un épisode dépressif caractérisé.

B. Durant la période de 2 ans décrite ci-dessus (1 an chez les enfants et les adolescents), les périodes hypomaniaques et dépressives ont été présentes pendant au moins la moitié du temps et la personne n'a pas connu de période de plus de 2 mois consécutifs sans les symptômes.

C. Les critères pour un épisode dépressif caractérisé, maniaque ou hypomaniaque n'ont jamais été réunis.

D. Les symptômes du critère A ne sont pas mieux expliqués par un trouble schizoaffectif, une schizophrénie, un trouble schizophréniforme, un trouble délirant ou un trouble spécifié ou non spécifié du spectre de la schizophrénie ou un autre trouble psychotique.

E. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques d'une substance (p. ex. substance donnant lieu à abus, médicament) ou à une autre affection médicale (p. ex. hyperthyroïdie).

F. Les symptômes entraînent une détresse cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

5. Les différentes explications du trouble bipolaire selon les approches théoriques :

5.1. La approche biologique:

Le trouble bipolaire est la maladie psychiatrique pour laquelle un substratum biologique est le plus suspecté. Les conceptions biologiques considèrent qu'une composante génétique est à l'origine du trouble bipolaire plus pour la manie que pour la dépression.

Différentes études faites sur la concentration familiale du trouble (comme celle de McGuffin et Katz³, 1994), montrent que les apparentés du premier degré présentent un tableau clinique identique caractérisé par un risque élevé morbide de troubles bipolaires (19,2%). quant aux études sur les jumeaux, les résultats montrent que les jumeaux monozygotes ont un taux de concordance pour les troubles thymiques nettement supérieur aux jumeaux dizygotes. Par exemple, L'étude faite par Price⁴ en 1968 sur 12 jumeaux monozygotes atteints de troubles thymiques et élevés séparément l'un de l'autre montre que les jumeaux monozygotes ont un taux de concordance élevé pour les troubles thymiques (65%), similaire à celui des jumeaux monozygotes élevés dans le même milieu.

L'étude d'adoption faite par Mendlewicz et Rainer⁵ en 1977 sur les Parents biologiques d'enfants bipolaires et leurs parents adoptifs montre que les parents biologiques développent davantage des troubles de l'humeur (31%) par rapport aux parents adoptifs (12%) des personnes bipolaires. Par ailleurs, la détermination des gènes responsables de cette maladie n'est pas encore définitive. Le travail est en cours de développement ; plus que vingt-cinq localisations chromosomiques ont été proposées jusqu'à présent.

De même, plusieurs études biologiques comme celles d'Anseau, 1987 et de Baker, 1990, montrent qu'il s'agit d'anomalie de la transmission Intersynaptique des médiateurs chimiques,

dans la dépression, les taux de noradrénaline et de sérotonine sont abaissés, alors que dans la manie, les taux de noradrénaline sont élevés les sujets déprimés et les sujets maniaques ont une hyperréactivité au niveau de l'acétylcholine. Les taux de dopamine sont diminués chez les déprimés et augmentés dans la manie. L'acide gamma-amino-butyrique GABA est diminué aussi bien dans la dépression que dans la manie, les dépressions et les manies peuvent être induites par des maladies générales, certains médicaments et drogues. Ainsi, des maladies ou des affections neurologiques comme les tumeurs cérébrales, les lésions cérébrales, les traumatismes crâniens et la maladie de Parkinson, peuvent donner lieu à une manie. Des affections neurologiques (épilepsie) et endocriniennes (l'hyperthyroïdie peut induire une manie et l'hypothyroïdie une dépression ; activation de l'axe corticotrope dans la dépression et la manie), des maladies infectieuses (syphilis) et des anomalies des structures cérébrales (hémisphère droit impliqué dans le trouble bipolaire ; hypométabolisme du lobe frontal et du glucose dans le lobe temporal) Peuvent provoquer des troubles de l'humeur. (Nathalie. K (2009) «l'influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs chez les patients adultes libanais» Université Saint _esprit de Kaslik).

5.2. L'approche psychanalytique:

L'école psychanalytique intègre sous le nom de psychose maniaco dépressive le trouble bipolaire. Elle le définit comme étant « une psychose qui correspond à une dissociation de l'économie du désir de celle de la jouissance. Totalement confondu à son idéal dans la manie, pur désir, le sujet se réduit totalement à l'objet dans la mélancolie, pure jouissance » Elle l'interprète en ramenant ses causes essentiellement aux relations affectives tissées pendant l'enfance. La dépression a pour origine la perte de l'objet d'amour représenté par la mère qui rejette son enfant. Ce rejet entraîne chez le sujet des perturbations au niveau des liens d'amours. La manie est une réaction de défense qui permet de lutter contre l'angoisse et la mélancolie en régressant et revenant à un stade antérieur infantile et instinctif.

Sigmund Freud dans son livre « Névrose et psychose » (1924)¹, considère que la psychose est le résultat d'un conflit entre le Moi et le monde extérieur. Il explique dans son livre « Psychologie des foules et analyse du moi » (1921), la fluctuation de l'humeur par un changement des relations entre le Moi et l'idéal du Moi. L'explication qu'il donne à la mélancolie dans son manuscrit intitulé « La mélancolie » de 1895, est en rapport avec une vie sexuelle inadéquate (anesthésie sexuelle, excès de masturbation, arrêt de l'excitation sexuelle, appauvrissement en excitation).

Dans son essai sur la mélancolie et le deuil de 1915, Freud explique la dépression en se référant au deuil. Il part du deuil pour montrer la ressemblance clinique existante entre l'endeuillé et le mélancolique : « humeur dépressive, suppression de l'intérêt pour le monde extérieur, Perte de la capacité d'amour, inhibition de toute activité ». Pour lui comme la perte d'objet est au cœur du deuil, elle l'est de même dans la mélancolie.

Selon Karl Abraham dans son livre « Esquisse d'une histoire du développement de la libido fondée sur la psychanalyse des troubles mentaux. Première partie : les états maniaco-

dépressifs et les étapes prégénitales d'organisation de la libido » (1924), la psychose maniaco-dépressive naît de l'abandon, de la perte de l'objet dans l'enfance vécue au stade oral, et qui fait émerger la mélancolie.

La mélancolie est pour lui due à un manque d'épanouissement normal de la libido qui échoue entre deux tendances ambivalentes la haine et l'amour. Quand le sujet est mélancolique, il perd sa capacité d'aimer car les tendances haineuses et amoureuses chez lui sont libres et la disposition haineuse libre est pour lui synonyme de sadisme (faire subir à l'autre une douleur et vise à le dominer). Incapable d'aimer, le mélancolique se sent pauvre, insuffisant, ressent de l'hostilité envers l'objet mauvais qui l'a abandonné et privé de ses besoins « mauvaise mère » et finit par développer des idées délirantes de culpabilité.

Selon Mélanie Klein dans son livre « Contribution à l'étude de la psychogenèse des états maniaco-dépressifs » (1934), in Essais de psychanalyse, le Moi de l'enfant se développe en introjectant de bons et de mauvais objets. L'intériorisation de bons objets s'accompagne chez l'enfant d'un sentiment de danger et de menace parce que quand l'enfant voit sa mère disparaître, il pense qu'il l'a dévorée et qu'il ne va plus l'avoir. Ce sentiment d'angoisse éprouvé par l'enfant la pousse à se fixer intensément à elle. Quand la mère s'absente (mort ou mauvaise mère), l'enfant craint d'être remis à de mauvais objets. Et quand son Moi se trouve privé des objets, il les perçoit comme mauvais, persécuteurs, capable de détruire l'intérieur de son corps et le monde extérieur, ainsi il projette son agressivité envers eux. Dans la dépression, la perte des objets d'amour (vécue par exemple Durant la période de sevrage « sein ») éprouvée par un sentiment d'échec de protéger son bon objet intériorisé et la crainte qu'ils soient détruits et que le moi soit détruit avec eux amènent le sujet à s'efforcer de les sauver et de les restaurer. Le doute du moi de sa capacité à les protéger ou les réparer (en raison de ses attaques sadiques précoces), sa haine pour le Ça (les pulsions sadiques et cannibaliques qui peuvent aboutir à la perte de l'objet aimé) qui donne des sentiments de dévalorisation du Moi et les sévères exigences du surmoi fondé par les objets incorporés précocement (persécutions et exigences des mauvais objets intériorisés : remords de conscience ; besoin De satisfaire les requêtes des bons objets) lui donnent des sentiments d'échec, de culpabilité, d'anxiété, de remords et de désespoir, appelés « position dépressive ». La haine ressentie par le Moi envers le Ça pousse la personne déprimée à faire des reproches à l'objet intériorisé et à ressentir un désespoir. Ce désespoir a pour origine un sentiment inconscient du Moi, à la fois de haine et d'amour pour l'objet aimé, et une peur que la haine triomphe sur l'amour (peur du Moi d'être dépassé par le Ça et de détruire l'objet aimé Pour elle, la manie est comme pour Abraham une défense contre la dépression. En minimisant la perte, la manie vient libérer le Moi des sentiments angoissants et gênants, et de la peur du Ça et des persécuteurs intériorisés qu'il est incapable de maîtriser. Elle lui procure un sentiment toute-puissance qui lui donne l'impression de maîtriser les mauvais objets et de se protéger de leur danger et d'en être blessé. La manie se caractérise par le sentiment de toute-puissance et le mécanisme de la négation. Le sentiment de toute-puissance donne à l'individu un sentiment de pouvoir commander et contrôler les objets et de ne pas être mis en danger. Le mécanisme de la négation se manifeste tout d'abord par la négation (des dangers que courent les objets et

protection du moi des persécuteurs intériorisés et du Ça) de la réalité psychique (dépression) et extérieure.

A ce niveau, le Moi et l'idéal du Moi confluent quand le Moi finit par accepter sans éprouver de remords que l'objet incorporé et aimé se détruit parce qu'il y a tant d'autres objets à incorporer. Nathalie. K (2009) «l'influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs chez les patients adultes libanais» Université Saint _esprit de Kaslik

5.3. L'approche cognitive:

L'approche cognitive basée sur les travaux de Beck, Rush, Shaw et Emery³ (1979) a adopté le modèle de la dépression unipolaire pour expliquer le trouble bipolaire ainsi que d'autres troubles mentaux tels que les troubles anxieux, la schizophrénie et les troubles de la personnalité, avec pour seule différence le type de schémas en question.

Selon cette approche, les expériences précoces de critique et de rejet par exemple, vécues durant l'enfance, développent chez le sujet des schémas dysfonctionnels. Des événements de vie stressants qui peuvent survenir plus tard, à l'adolescence ou à l'âge adulte peuvent augmenter la vulnérabilité du sujet, réactiver les schémas dysfonctionnels, produire des pensées automatiques négatives et contribuer à la survenue d'épisodes dépressifs ou maniaques.

Cette école considère que notre inconscient est fait de schémas cognitifs qui déforment l'information provenant du monde extérieur. L'information est traitée selon deux types de processus cognitifs : soit automatiques et inconscients, soit contrôlés et conscients. Ce sont les processus cognitifs automatiques qui doivent être travaillés et amenés à devenir contrôlés. Les processus cognitifs automatiques et les schémas proviennent de la mémoire à long terme, et sont représentés par les pensées automatiques préconscientes et contenues dans la mémoire à court terme.

L'accès à ces schémas cognitifs inconscients se fait à travers l'activation des émotions qui permettent aux schémas cognitifs stockés dans la mémoire à long terme de se manifester, se traduire en pensées automatiques. Cette école considère que les troubles psychologiques proviennent d'une vulnérabilité biologique résultant de prédispositions héréditaires et psychologiques apprises par le sujet grâce aux expériences personnelles vécues dans son propre environnement¹.

Aaron Beck explique la dépression par un mauvais traitement de l'information dû à un schéma psychologique nourri par les expériences vécues dans le passé, et stocké dans la mémoire à long terme. La dépression est maintenue grâce à des pensées dysfonctionnelles et des distorsions cognitives négatives sur soi, sur l'environnement et sur l'avenir. Les schémas erronés trient et interprètent l'information, conduisent à des distorsions cognitives et mènent à l'interprétation des événements d'une façon négative. Les pensées automatiques négatives sont expliquées par l'activation de la triade cognitive négative regroupant une vision négative

de soi, du monde et du futur. Beck explique la manie comme étant l'image opposée de la dépression, caractérisée par une vision positive de soi, du monde et du futur, et des distorsions cognitives positives. Le moi suis perçu comme étant très fort, le monde plein de possibilités et le futur plein de promesses et d'opportunités. Les risques sont sous-estimés et les problèmes minimisés.

Selon Beck, le trouble bipolaire a pour origine des cognitions prémorbides, permanentes chez l'individu enclin à souffrir de ce trouble bipolaire, qui rendent le sujet plus vulnérable à la maladie. Des styles cognitifs associés à des événements de vie stressants peuvent prédire des changements d'humeur hypomaniaque. Des styles de pensées négatives peuvent survenir indépendamment de la dépression chez des sujets qui ont fait des accès maniaques ou hypomaniaques et qui n'ont pas présentés encore d'accès dépressif, selon les études de Alloy et coll. (1999).

Selon Martin Seligman (1975), la dépression résulte de la perte par le sujet de la possibilité de faire une liaison entre l'action et le renforcement positif de celle-ci. Il parle du Modèle de l'impuissance acquise en se fondant sur l'impact des situations vécues sur les croyances et les comportements de l'individu. Par ailleurs, dans son modèle de dépression, il parle de « l'impuissance apprise », d'un phénomène qui nécessite non seulement une exposition à des situations de non contrôle, mais aussi le développement des schémas de pensées qui conduisent le sujet à interpréter les situations comme incontrôlables.

Seligman considère que les troubles au niveau motivationnel, cognitif et émotionnel, sont dus à la croyance du sujet à son incapacité de contrôler les événements suite à son expérience personnelle. Ainsi, il peut attribuer la cause d'un événement d'une façon inadéquate. Cette attribution du manque de contrôle peut être interne ou externe selon notre manière de percevoir la provenance des choses. (Nathalie. K (2009) «l'influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs chez les patients adultes libanais» Université Saint _esprit de Kaslik).

5.4. Les approches centrées sur la famille :

Il est important que la famille et l'entourage soient informés correctement pour accompagner au mieux le patient. Les conflits, la mauvaise communication, le déni de la maladie, le manque de soutien sont néfastes à la bonne observance du traitement. La famille et son fonctionnement peuvent être un facteur de risque ou au contraire, un bon soutien. Les proches doivent aussi recevoir des informations adéquates pour accompagner au mieux le sujet. Ici encore, la littérature rapporte les résultats de l'amélioration de l'observance médicamenteuse grâce à une formation de l'entourage (Gay, 2014).

L'étude de Miklowitz et al. (1988) met en évidence un risque élevé de rechute, de l'ordre de 94%, chez les patients exposés à des expériences émotionnelles négatives. Le soutien social permet de diminuer grandement ce chiffre. Une revue de littérature montre l'impact négatif sur le devenir du patient et la corrélation entre un bas niveau de soutien et les conflits

familiaux (Richa et al. 2009). Il faut ainsi travailler la dynamique familiale pour éviter cela et en faire un levier plutôt qu'un frein (M'Bailara & Gay, 2015).

Dès lors, la formation de l'entourage et de toute personne susceptible d'aider le malade revêt un intérêt majeur pour améliorer l'observance, réduire le nombre d'hospitalisation, de récidives, de rechutes et pour allonger les intervalles libres. De nombreuses publications citées dans l'article de Gay confirment ces données (Gay, 2015b). Dans l'étude d'Eker et Harkin, après 6 semaines de psychoéducation, l'adhésion était de 86,7% contre 24,2% dans le groupe qui n'avait pas suivi le programme (Eker & Harkin, 2012).

6. Le traitement de trouble bipolaire :

6.1. Le traitement biologique

Le trouble bipolaire étant une maladie à forte composante biologique, son traitement repose principalement sur des solutions médicales, notamment la pharmacothérapie, mais aussi d'autres techniques médicales comme l'électroconvulsivothérapie et la photothérapie.

a. Traitement médicamenteux

La médication est la pierre angulaire du traitement du trouble bipolaire, visant à stabiliser l'humeur, prévenir les rechutes et limiter les symptômes.

Les catégories de médicaments utilisées sont :

1. Les psychorégulateurs (thymorégulateurs)

Ils permettent de stabiliser l'humeur et de prévenir les épisodes maniaques et dépressifs.

Lithium (Carbolith, Lithane, etc.) : le plus ancien et le plus étudié des stabilisateurs d'humeur. Il protège les cellules cérébrales de l'inflammation mais nécessite un suivi médical régulier en raison de potentiels effets secondaires (soif intense, prise de poids, troubles thyroïdiens).

Divalproex, acide valproïque, valproate (Epival, Depakene) : souvent utilisé chez ceux qui ne répondent pas au lithium. Peut entraîner des effets secondaires comme somnolence, nausées et prise de poids.

Carbamazépine (Tegretol) : utile en cas d'irritabilité et d'agressivité, mais nécessite une surveillance sanguine régulière.

Lamotrigine (Lamictal) : efficace contre la dépression bipolaire, mais son introduction doit être progressive pour éviter des éruptions cutanées graves.

2. Les antidépresseurs

Utilisés avec prudence car ils peuvent déclencher une phase maniaque ou une alternance rapide entre les états d'humeur. Différentes classes existent :

ISRS (ex. fluoxétine, sertraline, escitalopram) : souvent prescrits en premier.

IRSN (ex. venlafaxine, duloxétine) : agissent sur la sérotonine et la noradrénaline.

Tricycliques et IMAO : moins utilisés en raison de leurs effets secondaires.

3. Les anxiolytiques

Principalement des benzodiazépines (ex. clonazépam, lorazépam, alprazolam) pour gérer l'anxiété et les troubles du sommeil.

4. Les antipsychotiques

Ils permettent de contrôler les phases maniaques et les symptômes psychotiques associés au trouble bipolaire.

5 Antipsychotiques atypiques (ex. quéliapine, olanzapine, aripiprazole) : plus récents et mieux tolérés. Antipsychotiques typiques (ex. halopéridol, chlorpromazine) : utilisés en cas de manie sévère, mais avec plus d'effets secondaires.

b. Autres traitements biologiques

En dehors des médicaments, d'autres approches sont parfois utilisées :

1. L'électro convulsivothérapie (ECT ou électrochocs)

Très efficace pour traiter les épisodes dépressifs sévères ou maniaques lorsque les médicaments sont inefficaces.

Effets secondaires : troubles de mémoire temporaires, céphalées.

2. La stimulation magnétique transcrânienne (SMT)

Procédure non invasive utilisant des impulsions magnétiques pour stimuler certaines zones du cerveau.

Actuellement en phase d'étude pour déterminer son efficacité.

6.2. Les traitements complémentaires de la médecine douce:

Lorsque les personnes atteintes de trouble bipolaire recherchent des traitements non conventionnels, elles songent souvent à des traitements à suivre en parallèle avec des traitements conventionnels plutôt que d'y substituer d'autres formes de traitement. Parmi les thérapies complémentaires figurent la phytothérapie, l'acupuncture, l'homéopathie, la naturopathie, la médecine ayur-Védique, la méditation et le yoga. Il existe aussi un certain nombre de compléments nutritionnels et de vitamines que l'on peut se procurer dans le commerce. Nombre de ces traitements n'ont pas été soumis à des tests rigoureux. Le millepertuis s'est bien révélé d'une certaine efficacité Pour le traitement de la dépression unipolaire (dépression sans manie) légère ou modérée, mais il risque de faire basculer les personnes atteintes de trouble bipolaire d'un état dépressif à un état maniaque. Par ailleurs, il existe des interactions entre le millepertuis et un certain nombre de médicaments conventionnels. Les personnes qui envisagent de prendre des remèdes à base de Plantes

devraient en parler à un médecin qui connaisse bien les remèdes alternatifs, car ces remèdes pourraient interagir avec les médicaments prescrits.

Les acides gras oméga-3 (présents dans les huiles de poisson et d'autres aliments) ont un effet anti-inflammatoire et le taux de dépression est moindre chez les personnes dont l'alimentation est riche en oméga-3. Les recherches semblent indiquer que les acides Gras oméga-3 pourraient être utiles dans le traitement de la dépression bipolaire. Certaines personnes trouvent que des activités comme le yoga, le Tai-chi et la méditation les aident à gérer l'anxiété et la dépression.

6.3. L'activité physique

Il a été démontré que l'activité physique et l'exercice avaient des effets antidépresseurs. Une activité physique régulière ne serait-ce qu'une demi-heure de marche par jour a de profonds effets sur la santé physique et mentale. On a montré que l'exercice accroissait la taille de l'hippocampe, une zone du cerveau essentielle à la mémoire.

6.4. Les traitements psychosociaux

Au nombre des traitements psychosociaux figurent la psychoéducation, la psychothérapie, les groupes de soutien et la réadaptation.

6.4.1. La psychoéducation :

La psychoéducation permet aux personnes atteintes de trouble bipolaire de se familiariser avec la maladie. Elle leur donne aussi l'occasion de parler de l'incidence de la maladie sur leur vie et des moyens de faire face. Ainsi, il n'est pas rare que les personnes venant de recevoir un diagnostic de trouble bipolaire soient saisies de frayeur ou refusent d'y croire. En parlant ouvertement de leurs sentiments, elles sont souvent mieux à même d'y faire face ; elles sont aussi plus fidèles à leur plan de traitement si elles comprennent bien à quoi il sert. La psychoéducation peut être dispensée en groupe ou individuellement, par un médecin, un travailleur social ou un autre prestataire de soins de santé mentale.

6.4.2. La psychoéducation de groupe

Est généralement de durée déterminée et s'effectue sur 8 à 12 séances, chacune portant sur un aspect différent de la gestion du trouble bipolaire (signes et symptômes, gestion du stress, résolution de problèmes, etc.). La psychoéducation aide aussi famille et conjoint à comprendre ce que vit la personne atteinte. Elle leur permet de s'informer sur les symptômes du trouble bipolaire et son traitement et sur ce qu'ils peuvent faire pour aider leur proche, sans s'attendre à des miracles. La famille peut recevoir une psychoéducation auprès du médecin traitant ou participer à un groupe de soutien familial ou de sensibilisation. La psychoéducation aide également les personnes atteintes de trouble bipolaire et leurs familles à faire face à la stigmatisation attachée à la maladie mentale. Bien qu'au cours des dernières années, l'accent ait été mis sur la sensibilisation du public, il y a encore beaucoup de gens qui ignorent ce qu'est la maladie mentale et qui évitent le sujet. Les personnes atteintes de trouble bipolaire et

leurs familles ont besoin d'un cadre où elles puissent discuter de la question sans être jugées et décider des renseignements à communiquer aux personnes de l'extérieur.

6.4.3. La psychothérapie:

Il s'agit d'un terme générique désignant une forme de traitement fondée sur un travail de parole entrepris avec un thérapeute. La Psychothérapie vise à soulager la détresse du client en l'incitant à exprimer ses sentiments. Au moyen du dialogue, le thérapeute amène le client à changer sa façon de voir et les comportements qui pourraient lui être néfastes et il lui présente des stratégies plus opportunes et constructives pour faire face aux problèmes de la vie. Pour que la psychothérapie soit fructueuse, un rapport de confiance doit s'établir entre le client et le thérapeute. Les psychiatres, travailleurs sociaux, psychologues et autres prestataires de soins de santé mentale ont étudié diverses formes de psychothérapie. Ils exercent dans différents milieux : hôpitaux, cliniques Et cabinets privés.

Il existe de nombreux modèles de psychothérapie individuelle, qui se subdivisent en deux catégories générales : la psychothérapie structurée à court terme et la psychothérapie à long terme. La thérapie à court terme met l'accent sur les problèmes présents plutôt que sur les problèmes de l'enfance, et le thérapeute oriente activement les discussions. Le traitement se fait sur 10 à 20 séances en moyenne. Moins structurée, la thérapie à long terme peut durer un an ou plus. Elle offre à la personne l'occasion d'exprimer ses diverses préoccupations liées au passé et au présent. Dans cette forme de traitement, le thérapeute a un rôle moins actif et il donne peu de conseils, se contentant d'aider le client à trouver lui-Même les réponses qu'il cherche. La psychothérapie est très utile. Toutefois, dans le contexte du trouble bipolaire, elle ne peut que servir d'appoint au traitement médicamenteux, sans s'y substituer. Toutes les personnes atteintes devraient recevoir un traitement de soutien qui les aide non seulement à gérer leur médication, mais aussi à faire face aux problèmes causés par le trouble bipolaire. C'est ce qu'accomplit la psychothérapie, dont la double fonction est de prodiguer des conseils pratiques et un soutien psychologique.

a. La thérapie cognitivo-comportementale :

La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) est un exemple de psychothérapie structurée à court terme qui s'est révélée efficace dans le traitement de nombreux autres troubles. Elle repose sur l'idée selon laquelle les croyances et impressions qui sont profondément ancrées influent largement sur la perception de soi et du monde, ainsi que sur l'humeur et le comportement. À titre d'exemple, une personne dépressive qui est convaincue qu'aucun traitement ne lui sera utile ne cherchera pas à se faire soigner, s'exposant à une aggravation de son état. L'objet de la TCC est de mettre en lumière ces façons de voir et de les modifier pour améliorer l'humeur et les capacités fonctionnelles. La TCC est actuellement à l'étude pour le traitement du trouble bipolaire et les premiers résultats sont prometteurs, tant pour ce qui est de la prévention que du traitement de la dépression. L'anxiété étant un symptôme courant du trouble bipolaire, la thérapie cognitivo-comportementale pourrait être très utile contre les troubles anxieux les plus sévères, dont les crises de panique. Elle pourrait même être indispensable, car les antidépresseurs qui sont parfois prescrits pour traiter les troubles anxieux sont susceptibles de provoquer des épisodes maniaques.

b. La thérapie psychodynamique :

Fondée sur la prise de conscience la thérapie psychodynamique, un exemple de psychothérapie non structurée à long terme, soulage la détresse en aidant la personne à prendre conscience des raisons qui sous-tendent son comportement. Bien que ce traitement ne vise pas spécifiquement le trouble bipolaire, il peut être très utile car les personnes qui apprennent à mieux se connaître sont mieux à même de composer avec leur maladie.

c. La thérapie de groupe :

L'efficacité de la thérapie de groupe, qui combine soutien et psychoéducation, n'est plus à démontrer. La thérapie cognitive peut être offerte sous forme de thérapie de groupe, mais son efficacité n'a pas été testée pour le trouble bipolaire.

d. La thérapie familiale et la thérapie de couple :

La thérapie familiale et la thérapie de couple peuvent être très bénéfiques pour les problèmes exacerbés par la maladie ou ceux qui lui sont directement imputables. Il faut préciser que le choix du moment est très important. Durant un épisode aigu, tout ce qu'on peut faire pour la famille ou le conjoint est d'offrir soutien et information. Il faut attendre que la personne se stabilise avant d'entreprendre une véritable thérapie familiale ou conjugale.

e. Les groupes d'entraide:

Les groupes d'entraide, dont tous les membres sont atteints de trouble bipolaire, ont une place importante dans le traitement. Chacun peut y parler sans crainte de ses difficultés en sachant qu'il sera compris et soutenu ; les personnes nouvellement diagnostiquées peuvent profiter de l'expérience des autres membres et les participants établissent généralement des liens étroits. Ces groupes sont habituellement constitués par l'entremise des sections locales de la Société pour les troubles de l'humeur

6.5. L'hospitalisation

Lors d'épisodes de dépression majeure ou de manie intense, l'hospitalisation s'avère parfois nécessaire. C'est le cas quand les symptômes sont incontrôlables et qu'ils exposent la personne à un grave danger : comportement agressif ou à risque, négligence de ses propres besoins et tendances suicidaires, par exemple.

a. Admission volontaire et involontaire :

En général, l'admission à l'hôpital est volontaire, ce qui signifie :

- que la personne a accepté d'être hospitalisée ;
- qu'elle est libre de quitter l'hôpital en tout temps.

Néanmoins, la plupart des gouvernements permettent à tout médecin de faire hospitaliser quelqu'un contre son gré, s'il juge que la personne risque :

- de porter atteinte à sa propre intégrité physique ;

- de s'en prendre physiquement à autrui.

Si la personne refuse de voir un médecin, la famille peut demander à un juge de paix d'ordonner qu'elle subisse une évaluation psychiatrique en soumettant des preuves montrant que la maladie représente un danger pour la personne elle-même ou pour la loi protège les droits des personnes hospitalisées contre leur gré, notamment en requérant la visite d'un conseiller en matière de droits. Le conseiller est chargé de veiller à ce que la personne ait l'occasion d'interjeter appel de son hospitalisation involontaire auprès d'un comité indépendant composé d'avocats, de médecins et de non-spécialistes, si elle le souhaite. Il est parfois nécessaire de faire appel à la police pour faire hospitaliser une personne. Le recours aux services de police n'est pas une décision que l'on prend de gaité de cœur. Les familles se sentent souvent très coupables de prendre une telle décision, même si elle vise à sauver la vie de leur proche. Il faut savoir que les menaces de suicide sont généralement des appels à l'aide et qu'elles doivent être prises au sérieux. Les gens qui ont des idées suicidaires ne font généralement que traverser une mauvaise passe, durant laquelle ils ont besoin d'être à l'abri du danger.

b. Traitement en milieu hospitalier:

Le séjour à l'hôpital peut durer de quelques jours à quelques semaines. Pendant les premières journées de son séjour, on demande généralement à la personne de demeurer dans l'aile psychiatrique (elle y est tenue si elle a été hospitalisée contre son gré). À mesure qu'elle se rétablira, elle pourra être autorisée à fréquenter d'autres parties de l'hôpital, puis à se promener au dehors et enfin à passer les nuits ou les fins de semaine chez elle.

La personne participe à une série de programmes éducatifs et thérapeutiques de groupe et elle a des rencontres individuelles avec des médecins, des membres du personnel infirmier et d'autres professionnels. Ses médicaments peuvent être remplacés ou leur posologie modifiée. Il se peut aussi qu'un médecin, travailleur social ou autre professionnel interroge des membres de la famille à son sujet. La planification du congé commence immédiatement après l'admission. La personne peut s'attendre à quitter l'hôpital aussitôt que des dispositions de suivi raisonnables auront été prises et que ses symptômes se seront suffisamment atténués pour lui permettre de vivre chez elle en toute sécurité et de prendre soin d'elle-même. Il n'est pas nécessairement avantageux de garder la personne à l'hôpital tant que ses symptômes n'ont pas complètement disparu. Cela pourrait lui être préjudiciable en la coupant de sa famille et de ses soutiens sociaux et peut-être même en compromettant son aptitude à vivre de manière indépendante. (CAMH. Le trouble bipolaire Guide d'information. (2014) EDITION REVISEE).

Conclusion

Le trouble bipolaire est caractérisé par une alternance de phase dépressive et d'exaltation. Il s'agit d'une pathologie fréquente qui peut avoir un impact considérable sur le fonctionnement des patients du fait de la fréquence et de la sévérité des épisodes, des comorbidités

psychiatriques et somatiques, son traitement repose sur la prescription de régulateurs de l'humeur et des prises en charge psychothérapeutique.

Chapitre 2

**La qualité de vie et les facteurs favorisant
ou défavorisant**

Préambule

Le concept de la qualité de vie est un terme très vaste qui peut être définie de nombreuse façon et pourrait comprendre aussi bien le niveau de revenus que les habitants de vie, les index de santé. Il est le produit d'un certain nombre de facteurs psychologiques liés à la santé. Sociaux, environnement, politique.

Une bonne santé physique permet de participer pleinement à la vie quotidienne, tandis qu'une bonne santé mentale assure un bien-être émotionnel et psychologique. La qualité de vie désigne l'état général du bien-être mental, émotionnel et social d'un individu.

A propos de ce chapitre on va aborder l'évolution de qualité de vie, la conceptualisation de notion de qualité de vie et aussi la qualité de vie liée à la santé, les domaines de la qualité de vie, ainsi que ses composantes, ses approches, ses mesures.

PARTIE 01: La qualité de vie

1. Histoire et évolution de concept:

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis dans les années 50 comme slogan politique, puis étendu à un niveau social et individuel dans les années 70. La notion de la qualité de vie apparait pour la première fois dans les Annales de médecine interne en 1966. En effet, la qualité de vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Il s'agit de l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société sur l'impact global des soins dispensés et sur le bien être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle concerne les états physiques et socio-psychologiques tels qu'ils sont perçus par le patient.

Ce sont essentiellement les médecins et les chercheurs en santé publique qui vont assurer la notion de la qualité de vie qui finira par intégrer les notions voisines (Bien-être, Santé satisfaction). Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la longévité des populations et donc par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il était alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social subjectif des pathologies et de leurs conséquences, ainsi que celui des soins et des traitements qui leur sont associés. (Eva TAZAPOULOU, 2008, P. 15).

2. Définitions de la qualité de vie :

La qualité de vie est un concept abstrait, subjectif, mais aussi évolutif et relatif. Sa perception évolue dans le temps et l'espace, elle varie selon les groupes sociaux. Il est, de part ce fait, difficilement envisageable de pouvoir trouver une définition de la qualité de vie universelle. C'est une conceptualisation complexe dont il n'existe à ce jour aucune définition

consensuelle. Cette notion devient, cependant, une nouvelle préoccupation majeure intéressant chacun d'entre nous (HILTBRAND, 2008).

Selon l'OMS, la qualité de vie est définie 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, et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large, influencé de manière complexe 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» Launois & Reboul-Marty définissent la qualité de vie liée à la santé comme les retentissements physiques, psychologiques et sociaux d'une pathologie sur la vie d'un patient., notant toutefois qu'elle dépend de multiples facteurs, parfois indépendants de la santé. Ils introduisent ainsi le terme de qualité de vie lié à la santé, qui considère uniquement les facteurs qui ont trait à l'état de santé du malade et à son évolution sous traitement. Cette définition est basée sur le fait qu'un traitement est censé faire disparaître la morbidité et la mortalité d'une maladie de telle sorte qu'il laisserait le malade comme non atteint. Les chercheurs s'accordent tout de même à considérer la qualité de vie comme un concept multidimensionnel qui se structure le plus souvent autour de quatre dimension essentielles

_ La dimension physique : capacité physique, autonome, gestes de la vie quotidienne...etc.

_ La dimension psychologique : émotivité, anxiété, dépression...etc.

_ La dimension somatique : douleur, asthénie, sommeil...etc.

_ La dimension sociale : environnement familial, professionnel et amical, participation à Des activités de loisirs, vie sexuelle. ..Etc. (BRIANCON S, KESSLER M, 2007, P. 19-20).

Selon Ripon (1983), la qualité de vie est un phénomène psychologique complexe qui serait inclus dans le phénomène de bien-être psychologique et elle serait fondée sur une appréciation subjective (BONARDI et al, 2002).

C'est une notion très complexe englobant beaucoup de facteurs hétéroclites, d'où la difficulté actuelle de lui donner une définition satisfaisante permettant d'élaborer une échelle de dotation valide. On retrouve, en effet dans la littérature plus de 100 définition et modèles différent et de par sa jeunesse, concept est encore peu véritable (Schlick, & Verdage, 2002).

De façon simple, la qualité de vie définit l'état général d'un individu à un moment donné certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées. (L.SOPHIE, 2009, p. 25).

3. Les déférentes approches de la qualité de vie :

3.1. L'approche philosophique :

Le concept de la qualité de vie a très tôt intéressé les philosophes, en effet, pendant des siècles des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Epicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation. Apparaît ensuite la notion

de plaisir, plus accessible que celle de bonheur, car même si nous ne manquons de rien, le bonheur nous manque toujours. soulignons aussi que la notion de plaisir s'est différenciée de celle de bonheur par son accessibilité et partie intégrante du bonheur. Rappelons que pour Aristote, le bonheur est désirable, ces notions ont progressivement conduit à celle de bien-être qui fait, au même titre que le bonheur, le plaisir et le désir, partie intégrante de la qualité de vie. ainsi nous dirons qu'il est important de ne pas confondre qualité de vie et bonheur, plaisir, bien-être, même s'ils en constituent des composantes importantes. de la même manière, la qualité de vie ne se résume pas à la santé, comme nous le verrons plus loin, même si celle-ci en est un facteur important. (GUSTAVE-NICOLAS FISCHER, 2002, P. 284, 285).

3.2. 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 tous 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 liés au cadre de vie, il s'agit de prendre reconnaissance 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. (Leplege, 2001).

3.3. L'approche politique et économique :

La qualité de vie d'une population est un enjeu majeur en sciences économiques 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 situations dans les domaines de la liberté (libéralisme économique), de respect des droits de l'homme, de bonheur et de santé. (Leplege, 2002).

3.4. L'approche médicale :

La qualité de vie en médecine et plus particulièrement en psychiatrie : les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionnalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie extérieures. Cependant nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxons, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe.

En 1947, l'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être, et en 1948, Karnofsky propose une échelle de

performance corrélée avec le bien être psychologique et le fonctionnement social. Il est suivi en 1963 par Katz ; notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évoluer des fonctions et des handicaps aussi bien physique que psychique, sans les dissocier de leur contexte, c'est -à-dire dans la vie de tous les jours.

Le terme de qualité de vie fut utilisé pour la première fois en 1966 par Elkiton, dans une publication médicale. Les échelles évaluant la qualité de vie sont abondantes, elles représentent un outil clinique à part entière à condition qu'elles soient couplées à d'autres instruments cliniques validés. (Ficher. G, N, 2002 :286).

3.5. L'approche psychosociologique :

Les sociologues ont été les premiers à aborder des notions qui deviendront la qualité de vie. Ils ont défriché ce champ d'étude en différenciant peu à peu les notions de bonheur (happiness), de bien-être subjectif (well-being), de bien-être matériel (Welfare) et de satisfaction de la vie (satisfaction of life). Pour eux, deux types de facteurs peuvent affecter le bien-être : des facteurs « externes » (variables sociodémographiques, socio- économiques, événements de vie, intégration sociale...) et des facteurs « internes » (estime de soi, efficacité perçue, équilibre émotionnel...). Le terme de qualité de vie apparaîtra dans les Années 1970 avec les travaux de Bradburn (1969). On s'éloignera de plus en plus de la notion de bonheur et on s'intéressera de plus en plus au bien-être et à la qualité de vie. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, p. 11).

L'anthropologie de la santé est une sous-discipline, née aux États-Unis dans les années 1960 (medical anthropology). Elle ne se limite plus à l'étude des représentations culturelles et pratiques de santé. Grâce à des études de terrain (impliquant une collaboration entre anthropologues et soignants), les interactions soignants/soignés, les pratiques des personnels de santé et des usagers sont devenues des objets de recherches pour l'anthropologie de la santé.

La notion de qualité de vie et les notions proches vont s'individualiser peu à peu dans les années 1990-1995 grâce à l'apport des psychologues (Urzúa et Caqueo-Urizar, 2012). Ceux-ci approfondiront les domaines que recouvre le concept très large de qualité de vie et tenteront de définir et mesurer satisfaction, bonheur, bien-être, ainsi que les diverses facettes de la santé : physique, mentale (émotionnelle, cognitive, spirituelle...) et sociale. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 12).

4. Approche conceptuelle de la qualité de vie :

4.1. Les conceptions objectives :

Les conceptions de la qualité de vie sont limitées tout d'abord aux seules conditions de vie matérielles (point de vue politique et économique) et d'absence de maladie physique. On peut considérer qu'il s'agit de l'ensemble des conditions qui contribuent à rendre la vie plus agréable et plus facile. Ces conditions comprennent pour un individu donné , la qualité de l'environnement naturel , du logement , des ressources matérielles , de l'environnement familial , des relations sociales , du niveau d'étude , d'adaptation au monde environnant, ainsi

que d'autres facteurs, mais aussi et surtout, l'état de santé, Cette conception objective et fonctionnelle est accessible par (hétéro – évaluation). (BRUCHON-SCHWEITZER, 2002, P49).

4.2. Les conceptions subjectives :

La conception de la qualité de vie subjective (QVS) opposé à celui de la qualité de vie objective, s'est développé et a donné lieu à diverses tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires. De nombreuses définitions ont été proposées pour ce concept difficile à saisir, car éminemment subjectif, soumis aux normes culturelles et comprenant de très nombreux paramètres : conditions de vie, bien-être psychologique, écart par rapport à un idéal de vie, satisfaction des besoins perçus et des désirs... Il est de plus, dans ce domaine, difficile d'échapper à un point de vue normatif (valorisation de l'autonomie) et de choisir des critères qui puissent être universellement appropriés. (Nicolas L, 2001, pp48-50).

4.3. La conception intégrative :

On trouve dans la littérature deux sortes de conception intégratives, les unes simplement additives, d'autres plus dynamique impliquant à la fois certaines conditions de vie objectives et la façon dont chaque individu perçoit et utilise ses ressources pour se réaliser. Parmi les définitions intégratives on trouve celle de l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1994 « La qualité de vie est un concept très large influencé de manière complexe par la santé physique de l'individu, son état psychologique, ses relations sociales, son niveau d'autonomie, ainsi que sa relation aux facteurs essentiels de son environnement ». L'avantage de la définition de la qualité de vie en terme à la fois intégratif et dynamique est de : Prendre en compte à la fois les composantes « externes » (par exemple l'état de santé, les conditions de vie, etc.) et les composantes « internes » (par exemple la satisfaction, le bien être subjectif, etc.) de cet ensemble complexe ;

_Évaluer la qualité de vie selon plusieurs points de vue (hétéro-évaluation et Auto évaluation).

_Considérer les interactions dynamiques entre les composantes de la qualité de vie. (BRUCHON –SCHWEITZER, 2002, p51).

5. Les différents domaines de la qualité de vie :

5.1. Le domaine physique de la qualité de vie :

Ce domaine contient plusieurs aspects de la santé dont les principaux sont la santé physique et les capacités fonctionnelles, qui se subdivisent en composantes plus fines. Ainsi la santé physique comprend l'énergie, la fatigue, Le sommeil, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biologiques. Et les capacités fonctionnelles qui incluent le statut fonctionnel, la mobilité du sujet et les activités quotidiennes qu'il peut accomplir et sa relative autonomie.

Les deux aspects de la qualité de vie physique peuvent être évalués selon deux points de vue un point de vue externe (médical), qui consiste à évaluer le plus objectivement possible la santé physique et les capacités fonctionnelles des individus et d'un point de vue interne,

(subjectif), seulement accessible par l'auto évaluation qui permettra d'atteindre les représentations (Bruchon-Schweitzer M.2002, p53).

5.2. Le Domaine psychologique de la qualité de vie :

Ce domaine de la qualité de vie se subdivise en aspects plus spécifiques. Par exemple, le WHOQOL100 comprend six domaines, dont la santé psychologique. Cette dernière se décompose à son tour en cinq composantes: les affects positifs, les affects négatifs, l'estime de soi, les capacités cognitives (comme la pensée, la mémoire, la concentration et les capacités d'apprentissage), ainsi que l'image du corps et l'apparence perçue. La spiritualité, les croyances personnelles et la religion, parfois intégrées dans la dimension psychologique de la qualité de vie, forment un domaine distinct ici. Le domaine psychologique englobe la présence d'émotions et d'affects positifs, tout en tenant compte de l'absence, de la rareté ou de la faible intensité des affects négatifs tels que l'anxiété et la dépression. On remarque ici l'approche bidimensionnelle de la santé ce qui a été évoqué précédemment concernant la santé émotionnelle s'applique également au sous-domaine psychologique de la qualité de vie (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014).

La composante cognitive, englobant les capacités de pensée, de mémoire, d'apprentissage et de concentration, peut être évaluée de différentes manières. L'auto-évaluation permet au sujet de prendre conscience de ses éventuels troubles, mais elle doit être complétée par l'avis d'un tiers, tel qu'un professionnel, qui peut utiliser des techniques d'observation pour éclairer les difficultés cognitives du sujet, ainsi que des tests adaptés aux caractéristiques sociodémographiques des individus (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014).

Le domaine psychologique de la qualité de vie englobe également des processus d'évaluation tels que l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de ses capacités) et la satisfaction concernant l'apparence et le corps (image du corps). Pour explorer cette dimension plus en détail, différents questionnaires d'estime de soi ou d'image du corps sont disponibles, comme le QIC, validé sur des échantillons français (Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie et Quintard, 2002). Les liens entre l'image du corps et l'estime de soi sont étroits, et des perturbations dans ces domaines sont impliquées, par exemple, dans les troubles des conduites alimentaires (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, p. 51).

5.3. Le domaine social de la qualité de vie :

Les relations et activités sociales des individus constituent le troisième domaine majeur de la qualité de vie. On oppose généralement une vie sociale riche à l'isolement et au retrait, ceci dans diverses sphères familiales, amicale, professionnelle, citoyenne. Un fonctionnement social optimal suppose un réseau de relations suffisant en quantité (intégration sociale) et en qualité (intimité, réciprocité, etc.). Ainsi, de nombreuses échelles de qualité de vie évaluent une sorte de « santé sociale », définie comme la participation à des activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique). C'est le cas d'échelles larges comme le NHP ou le WHOQOL-26 ou 100. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 52)

La QDV sociale est estimée en général au sein d'outils génériques. Mais il existe des échelles spécifiques explorant le fonctionnement social des individus. Celui-ci peut être évalué par le

patient lui-même, grâce à la SAS (Social Adjustment Scale) de Weissman et Bothwell (1976) ou au SFQ (Social Functioning Questionnaire) de Tyrer et al. (2005). Il peut également être évalué par un tiers, un thérapeute par exemple comme dans le SFS (Social Functioning Schedule). (Ibid.)

5.4. Autres domaines de la qualité de vie:

Certains modèles de qualité de vie ont inclus l'environnement en tant que dimension supplémentaire. Dans le WHOQOL-100, par exemple, l'environnement constitue une dimension distincte comprenant des aspects variés. Certains de ces aspects concernent le bien-être matériel des individus, tels que le revenu et la qualité du logement, tandis que d'autres dépendent du contexte géographique, comme le pays, la ville ou le quartier. Ces aspects incluent la liberté et la sécurité, l'accès facile aux soins de santé et leur qualité, ainsi que des éléments environnementaux tels que le climat, le bruit et la pollution, ainsi que les transports.

Par ailleurs, les dimensions du bien-être proposées par la psychologie positive, telles que l'épanouissement personnel et la réalisation de soi, ainsi que le sens donné à la vie et l'engagement, sont souvent compatibles avec les aspects positifs des dimensions physique, psychologique et sociale de la qualité de vie (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, p. 53).

6. Les composants de la qualité de vie :

La composante de la qualité de vie subjective est souvent conceptualisée par des termes tels que le bien-être, la satisfaction de vie et le bonheur.

6.1. La satisfaction de la vie :

La satisfaction de la vie (SWL: satisfaction with life) est le plus souvent considérée comme la composante cognitive-évaluative du bien-être. Elle résulte de la comparaison par une personne entre sa vie actuelle et la vie qu'elle souhaiterait avoir, selon ses normes, valeurs et idéaux. La satisfaction de la vie est évalué le plus souvent globalement; elle peut aussi concerner des domaines de la vie plus spécifique (travail, famille, loisirs, santé, finances), domaines particuliers explorés par diverses études (dont la satisfaction au travail, par exemple) (Bruchon-schweitzer et Boujut, 2014, p16).

La satisfaction de la vie est un élément clé de la qualité de vie, et un concept important en psychologie positive et en science social et un indicateur important du bien-être individuel. Les personnes ayant une haute satisfaction de vie sont plus heureuse, positives et plus résilientes face à l'adversité que les personnes ayant faible satisfaction de vie.

6.2. Le bonheur:

Le bonheur est une notion issue de la philosophie et qui désigne un état dans lequel les affects positifs l'emportent, sur les affects négatifs. Ce terme est remplacé peu à peu par les composantes du bien-être subjectif (absence d'affectivité négative, présence d'affectivité positive, satisfaction globale).

Quelques chercheurs en psychologie ont réhabilité la notion de « bonheur >>> depuis les années quatre-vingt-dix (Argyle et al, 1989; Buss, 2000; Eysenck, 1990; Myers, 1993). Pour

eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver fréquemment des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté, etc.), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité, etc.).

Pour Musschenga (1997), le bonheur est une notion « pluraliste », il comprend trois composantes: une composante émotionnelle positive, 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).

Le terme de « bonheur » est resté marqué longtemps par son origine philosophique, malgré les précisions et opérationnalisations apportées par les psychologues, cette notion est considérée comme un équivalent de la notion de bien-être. En outre, le bonheur est considéré aujourd'hui comme un trait plutôt que comme un état.

6.3. Le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif se définit selon trois critères essentiels (Rolland, 2000):

.Il est subjectif, c'est bien une auto-évaluation, qui n'a rien à voir avec les conditions de vie objectives (bien-être matériel);

- Il correspond à une évaluation positive globale de sa vie (satisfaction de la vie).
- Il ne se réduit pas à l'absence d'émotions négatives (telles que les explorent les échelles d'anxiété, de dépression ou d'hostilité), car il correspond à la présence d'affects agréables (affectivité positive).

L'intérêt de ce modèle est d'intégrer des processus cognitifs (évaluation, jugement, comparaison) et des processus émotionnels. Il prend en compte, à la fois, l'affectivité négative et l'affectivité positive. Le bien-être subjectif ne correspond pas seulement à l'absence de symptômes psychologiques, c'est aussi la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur), auxquels on ajoute la satisfaction de la vie qui n'est cependant pas toujours évaluée dans les échelles de bien-être.

Le bien-être subjectif est l'un des sous-ensembles les plus importants de la qualité de vie. S'il inclut ce qu'on a appelé le bonheur et la satisfaction de vie, il ne se confond pas avec le bien-être matériel (Welfare) ni avec ce qu'on appelle la santé aujourd'hui. (BRUCHON-SCHWITZER, 2002).

7. La qualité de Vie vue comme un tout (globale):

Ce domaine de recherche a émergé à travers des approches psychosociologiques, ce qui a donné sens à des notions, telles que le bonheur et le bien-être qui sont associées aux travaux de Bradburn et Caplovitz, 1965; Bradburn, 1969 sur la qualité de vie dans différents pays du monde et différentes villes aux états unis. Campbell 1976 a organisé ainsi un modèle de la qualité de vie à partir de l'étude de deux concepts qu'il considère importants, à savoir les concepts de satisfaction et domaines de la vie. (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59). Ces différents auteurs estiment qu'à travers la mesure de la notion de bonheur et de bien-être il est

important de signaler l'impact observé sur le déroulement de la vie d'un individu. Mais il est également essentiel d'indiquer que cette analyse visait la mesure du bien-être ressenti à travers la satisfaction d'un sujet à un moment donné de sa vie. Les résultats obtenus sont très intéressants car ils montrent qu'il y a une grande variation dans les réponses d'un âge à un autre et d'une personne à une autre. (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 59-60).

Selon ces expérimentations le sujet est présenté comme seul juge de la place et du rôle qu'il occupe socialement. Cette démarche a entrouvert l'idée de la conceptualisation d'une approche cognitive qui prend en compte la perception de soi (satisfaction de vie, condition physique et santé), l'environnement et lien aux autres, comme étant des processus importants dans l'analyse psychosociale et générationnelle. Selon Dupuis ce modèle aide à comprendre le sujet comme un tout, il considère aussi que le statut médical, psychologique et social ne peuvent pas être introduits dans la définition de la qualité de vie car ce sont des dimensions pour lesquelles il existe plusieurs instruments de mesure et qui aident à décrire l'état du patient mais qui ne mesurent pas pour autant sa qualité de vie. (BOUDOUDA N.E, 2013, P. 61).

8. La qualité de vie liée à la santé :

La santé est l'une des composantes du concept de la qualité de vie selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que la distinction soit faite entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (qualité de vie liée à la santé) et les autres « revenus, stabilité d'emploi, conditions de vie ... ». En revanche, dans le langage médical, il y avait déjà fort longtemps que le concept de qualité de vie ne recouvrait plus que le domaine lié à la santé, à l'impact de la maladie ou traitements sur la vie personnelle et sociale des malades. Il est certain que la définition de la santé proposée par l'OMS a eu une profonde influence sur l'abord de la notion de qualité de vie dans le domaine biomédical « la santé est un état de complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité » (WHO, 1946), aujourd'hui, tous ceux qui ont besoin de quantifier la qualité d'une vie liée à la santé s'appuient sur cette définition et retiennent trois principales dimensions : physique, psychologique et sociale, il est donc demandé au malade d'estimer son vécu sur le plan fonctionnel « somatique, activités de la vie quotidienne », social, émotionnel, sexuel, cognitif et en rapport avec certains objectifs qu'il s'est fixés comme exprimer son sentiment de handicap ou d'atteinte de l'estime de soi. (T. Soulas, A. Brédart, 2012, p19).

9. Mesure de la qualité de vie et son évaluation :

Les mesures de la qualité de vie 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 des différentes interventions de la santé sur la vie quotidienne des patients. (Leplege, Debout, 2007, p, 18).

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la qualité de vie ne doit être rapportée que par le patient concerné vue qu'elle est intrinsèque.

Des échelles de qualité de vie spécifiques ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur les divers domaines de la vie. (Marilou, 2002, p71-75).

Concernant l'évaluation de la qualité de vie, il n'existe pas un instrument d'évaluation standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

9.1. Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie

D'après Mercier et Schraub (2005) on peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (évaluation quantitative).

9.1.1. L'entretien psychologique : A sans doute l'avantage de permettre une évaluation la plus globale de la qualité de vie, mais il a aussi plusieurs inconvénients : la reproductibilité n'est pas évidente ; la standardisation est difficile (ce qui ne permet pas d'étude comparative) l'application à grande échelle est impossible ; le coût est élevé.

9.1.2. Les outils psychométriques : (échelles, questionnaires) permettent une mesure standardisée, mais ont l'inconvénient de réaliser une évaluation plus restrictive de la qualité de vie pour la majorité, ces outils s'adressent à l'ensemble d'une population donnée. Ils fournissent des informations qui sont valables en moyenne, pour l'ensemble du groupe d'individus. Ils sont généralement utilisés pour aider à prendre des décisions au niveau collectif. (Mercier, Schraub, 2005, p.419).

9.1.3. Les questionnaires génériques : Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsqu'on souhaite évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (études longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

_SF-36 (MOS 36 Short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles : activité physique (10), limitation/état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation/état psychologique (4).

- NHP (Nottingham Health Profile) [7], avec 45 items regroupés en 6 échelles.

- WHOQOL (WHO Quality Of Life assessment), avec 100 items ;

- WHOQOL BREF [8], avec 26 items regroupés en 4 échelles.

9.1.4. Les questionnaires spécifiques : Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, Rhumatologie, neurologie, oncologie...) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des modules particuliers sont associés au questionnaire spécifique à une pathologie (appelé "questionnaire central" ou "coré questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

9.1.5. Les échelles d'auto-évaluation : Remplies par le sujet lui-même, sous la forme d'un questionnaire, dans des conditions standardisées, après leur avoir donné de rigoureuses explications. Ses avantages sont de n'avoir pas besoin d'un évaluateur qualifié.

9.1.6. Les échelles d'hétéro-évaluation : Remplies par un évaluateur externe ; il doit donc être entraîné, sa formation est primordiale et c'est là que réside la faiblesse de ces échelles. L'évaluateur doit veiller à ne pas donner la réponse au patient et doit tout noter de façon systématique. (Mercier, Schraub, 2005, p.421).

PARTIE 02 : les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des patients bipolaires

1_les facteurs favorisant la qualité de vie des personnes bipolaires :

Les facteurs sociaux jouent un rôle crucial dans la stabilisation ou l'aggravation du trouble bipolaire. Un bon soutien social peut favoriser l'adhésion aux traitements et réduire les épisodes de rechute.

1.1. Un environnement familial et social stable :

Le soutien de la famille, des amis et des collègues joue un rôle essentiel dans la stabilité émotionnelle des personnes bipolaires.

Effet du soutien social : Une étude de Miklowitz et al. (2019) montre que les patients bipolaires bénéficiant d'un bon soutien social ont une meilleure adhésion aux traitements et moins d'hospitalisations. L'importance de la psychoéducation : Lorsque la famille est informée sur la maladie, elle peut mieux anticiper les signes de rechute et encourager la personne à suivre son traitement (Perich et al. 2014).

L'étude de Miklowitz et al. (1988) met en évidence un risque élevé de rechute, de l'ordre de 94%, chez les patients exposés à des expériences émotionnelles négatives. Le soutien social permet de diminuer grandement ce chiffre. Une revue de littérature montre l'impact négatif sur le devenir du patient et la corrélation entre un bas niveau de soutien et les conflits familiaux (Richa et al. 2009). Il faut ainsi travailler la dynamique familiale pour éviter cela et en faire un levier plutôt qu'un frein (M'Bailara & Gay, 2015).

Éviter les conflits familiaux : Un environnement conflictuel peut être un facteur déclencheur d'épisodes maniaques ou dépressifs (Johnson et miller, 1997).

1.2. L'adhésion au traitement : une observance médicamenteuse de qualité est généralement associée à une amélioration du pronostic de la maladie. (Belzeaux et al, 2013)

1.3. Une bonne intégration sociale et professionnelle :

L'insertion dans la société, notamment par le travail et les activités communautaires, contribue au bien-être des personnes bipolaires.

Effet positif de l'emploi : Marwaha et Johnson (2004) ont démontré que l'emploi améliore l'estime de soi et réduit les symptômes dépressifs chez les personnes bipolaires.

Participation à des groupes de soutien : Les groupes de parole et les associations de patients offrent un espace où les personnes bipolaires peuvent partager leurs expériences et se sentir comprises (Davidson et al. 2012).

1.4. Une routine quotidienne bien structurée: Le trouble bipolaire est étroitement lié aux rythmes biologiques, notamment le cycle veille-sommeil.

1.4.1. Régularité du sommeil : Des recherches (Harvey, 2008) ont montré qu'un sommeil régulier réduit les risques de rechute. La thérapie par la régulation des rythmes sociaux aide à stabiliser les patients en synchronisant leurs activités quotidiennes.

1.4.2. Activité physique : L'exercice physique améliore l'humeur et réduit le stress.

Vancampfort et al. (2016) ont démontré que l'activité physique diminue les symptômes dépressifs chez les personnes bipolaires.

L'exercice physique a un effet bénéfique sur l'humeur l'estime de soi et la régulation du stress. (Ng et al. 2007.)

1.5. Un accès adéquat aux soins médicaux et psychothérapeutiques :

Il existe un ensemble cohérent de preuves indiquant que le traitement pharmacologique seul pourrait ne pas suffire à contrôler les symptômes et à maintenir le fonctionnement psychosocial des patients atteints de trouble bipolaire de type I (Geddes et Miklowitz, 2013; Prasko et al. 2013; Leclerc et al. 2013). Plusieurs interventions psychosociales ont été proposées pour compléter la pharmacothérapie afin d'améliorer l'évolution des personnes atteintes de ce trouble (Miklowitz et Otto (2007)). Parmi les différentes approches (Torrent et al. 2013), la psychoéducation a montré les résultats les plus prometteurs, notamment en augmentant les connaissances des patients sur le trouble (Stafford et Colom, 2013), en améliorant les symptômes dépressifs (Miller et al., 2008, Parikh et al., 2012) mais aussi l'adhésion des patients au traitement (Clarkin et al., 1998, Lyman et al., 2014), et en réduisant les rechutes et les hospitalisations (Miklowitz et al., 2003, Colom et al., 2009).

Suivi psychiatrique et médicamenteux : La prise régulière de stabilisateurs de l'humeur (ex. lithium, valproate) sous supervision médicale réduit la fréquence et l'intensité des épisodes (Geddes & Miklowitz, 2013).

Psychothérapie adaptée : La thérapie cognitivo-comportementale (TCC) et la thérapie interpersonnelle aident à gérer les émotions et prévenir les rechutes (Miklowitz, 2019).

La psychothérapie interpersonnelle et des rythmes sociaux (PTIRS) combine une approche comportementale visant à augmenter la régularité des routines quotidiennes, avec une psychothérapie interpersonnelle (PTI); ce traitement s'est avéré efficace comme psychothérapie du trouble BP I en association avec une médication (Frank, 2005). Son efficacité a également été démontrée dans le traitement de l'épisode de dépression bipolaire du trouble BP I ou II en association avec une pharmacothérapie (Miklowitz et al. 2007).

1.5.1. Psychoéducation :

La psychoéducation est définie comme une intervention visant à fournir des informations au patient et à son entourage sur sa maladie, ses traitements et les stratégies thérapeutiques mises en place afin de mieux comprendre et appréhender la maladie au quotidien. Elle est un accompagnement de première ligne dans le traitement d'entretien du TB. Plusieurs modèles psychoéducatifs existent, qu'ils soient en groupe ou individuels, avec ou sans l'entourage du patient. On y apprend de quoi détecter les signes avant-coureurs d'un épisode maniaque ou

dépressif, mieux gérer son stress au quotidien, comprendre et accepter la maladie et les traitements mis en place.

En ce qui concerne l'adhésion médicamenteuse, une étude faite au Japon chez des patients atteints de schizophrénie montre une augmentation d'une attitude positive à la prise de médicaments après avoir participé à des séances de psychoéducation. Le score Drug Attitude Inventory-10 passant de 0,0 à 5,2 sur une échelle de -10 à 10, les valeurs négatives montrant une attitude négative et celles positives une attitude positive. Une autre étude réalisée en 2019 aux Etats-Unis démontre que, chez des patients atteints de TB, l'association de la psychoéducation et l'envoi de messages de motivation réguliers aux participants a permis une augmentation de l'adhésion médicamenteuse de 21% entre le début et la fin de l'intervention. (Océane.M 2022 « ADHESION MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE BIPOLAIRE étude au Centre Hospitalier Charles Perrens, axes d'amélioration possibles à l'officine » université BORDEAUX)

2. Les facteurs défavorisant la qualité de vie des personnes ayant trouble bipolaire :

La rechute de la maladie est déclenchée ou précipitée par certains facteurs : une période de stress, une altération de la routine ou du rythme de vie, un abus de substance, l'arrêt d'un médicament, etc. Dans d'autres cas, la rechute se manifeste plus spontanément. Il n'y a pas d'élément déclencheur particulier mais juste des signes précurseurs : un état plus ou moins important de fatigue, une envie plus ou moins grande de faire des activités ou de rencontrer du monde, etc.

Parmi les facteurs qui défavorisent la qualité de vie des personnes bipolaire on trouve :

2.1. Non adhésion au traitement : Le non observance augmente le risque de rechute de réhospitalisation et de suicide, les effets secondaires des traitements influençaient négativement l'observance de traitement. (Martha. S, Rosalinda. VI, Jane. A. Kristin. A, Roknedin. S, Amy. M, Frédéric. B, (2008) Predictors of non-adhérence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic Doi : 10.1016/j.comppsy.2008.06.)

Le manque de connaissance sur la maladie et le traitement est constitué comme une source majeur d'insatisfaction chez les patients atteints trouble bipolaire, les patients semblent particulièrement mécontentes du manque d'information sur les effets secondaires et d'autres aspects liées au traitement (Chakrabartie. S (2016) treatment adherence in bipolair disorder. DoI : 10_5498/wjp, v6, i4, 399_409)

Une atmosphère familiale perturbée conduit souvent au non observance en réduisait le soutien social disponible pour le patient, les croyances et les attitudes négatives et une mauvaise compréhension de la maladie parmi les membres de la famille peuvent influencer la décision du patient de poursuivre son traitement. (Chakrabartie. S (2016) treatment adherence in bipolair disorder. DoI : 10_5498/wjp, v6, i4, 399_409)

2.2. La stigmatisation sociale : Les personnes qui souffrent de trouble Psychique subissent fréquemment une stigmatisation sociale elles ont également tendance s'auto stigmatiser, pour les personnes qui souffrent d'un trouble bipolaire la stigmatisation est toujours présente, L'image négative renvoyée par la société, tout comme l'image que la personne a d'elle-même, se voient altérées par le vécu des crises, accompagnées d'un sentiment d'incompétence, d'échec, de frustration, d'incapacité. Et une baisse de l'estime de soi et le renoncement à mener sa vie selon ses propres valeurs et croyances péjorent la qualité de vie de ses personnes, de plus, l'auto stigmatisation augmente le risque de rechutes thymiques et de réhospitalisation. (Hélène R- L. (2017) Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive : une première tentative de prise en charge. Vol 27 – N° 4. Doi : 10.1016/j.jtcc.2017.06.003).

2.3. Suicide ou tentatives de suicide :

Si elle n'est pas prise en charge, une personne bipolaire peut souffrir d'une dépression sévère, à tel point qu'elle peut avoir des pensées suicidaires et tenter de se suicider. Cela peut être très difficile non seulement pour la personne bipolaire, mais aussi pour toute sa famille et sa communauté ce qui influence négativement sur lui-même et sur son entourage.

2.4. Relations endommagées :

Il peut être difficile de comprendre le trouble. Cela peut considérablement endommager les relations entre les personnes atteintes de trouble bipolaire et leurs proches. Parfois, les gens ne comprennent pas que ce que vous ressentez n'est qu'un symptôme et qu'un traitement approprié peut améliorer la situation. (Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Trouble bipolaire. BMJ. 27 déc. 2012 ; 345 : e8508)

Manque de sommeil Insomnie, incapacité à s'endormir ou à rester endormi suffisamment longtemps pour se sentir reposé (entraînant une sensation de fatigue le lendemain) des horaires de sommeil et de réveil irréguliers, qui résultent parfois d'un mode de vie impliquant une activité excessive la nuit. Le manque de sommeil, ainsi que le décalage horaire, peuvent également déclencher des épisodes maniaques ou hypomaniaques chez certaines personnes bipolaires.

Lorsque le sommeil est rare, une personne atteinte de trouble bipolaire peut ne pas en manquer autant que d'autres. Mais même si vous semblez vous en sortir avec si peu de sommeil, le manque de sommeil peut avoir des conséquences importantes.

Par exemple :

- Être extrêmement lunatique
- Se sentir malade, fatigué, déprimé ou inquiet
- Vous avez du mal à vous concentrer ou à prendre des décisions
- Être plus à risque de décès accidentel

Un sommeil perturbé a une influence négative sur le mode de vie des personnes bipolaires. Smitha Bh (2024) «Bipolar Disorder and Sleep Problems»

2.5. La consommation de la substance :

La consommation excessive d'alcool ou de drogues peut également déclencher des symptômes bipolaires. Des recherches ont montré qu'environ 50 % des personnes bipolaires souffrent d'un problème de toxicomanie ou d'alcool. Ces personnes consomment souvent de l'alcool ou des drogues pour atténuer les sensations désagréables ressenties lors des périodes de déprime ou dans le cadre de l'insouciance et de l'impulsivité associées aux épisodes maniaques ce qui influence négativement sur sa vie. (Smitha. B(2024) Bipolar Disorder : Who's at Risk) .

2.6. Manque de soutien social :

Un faible soutien social prédit des niveaux plus élevés de dépression au fil du temps chez les personnes atteintes de trouble bipolaire. (David J. M. Sheri L. J (2009) Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder : Basic Processes and Relevant Interventions. Doi : 10.1111/j.1468-2850.2009.01166.)

2.7. l'événement de vie négative :

Des événements négatifs indépendants graves ont été associés à une multiplication par quatre du risque de rechute les événements sociaux et les routines influencent les horaires quotidiens et leur régularité les facteurs de stress environnementaux jouent également un rôle dans le déclenchement des épisodes bipolaires. Ce qui détruisant la vie quotidienne. (David J. M. Sheri L. J (2009) Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder : Basic Processes and Relevant Interventions. Doi : 10.1111/j.1468-2850.2009.01166.

La conclusion :

A travers l'analyse du concept de qualité de vie, nous avons constaté que la qualité de vie (QDV) est un concept intégrant de manière complexe plusieurs dimensions. Elle concerne la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

La qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire est influencée par une multitude de facteurs, tant individuels que sociaux, médicaux et environnementaux. D'un côté, des éléments comme un traitement adapté, un suivi psychothérapeutique régulier, le soutien familial et social, ainsi qu'une bonne connaissance de la maladie par la personne concernée favorisent un meilleur équilibre de vie. D'un autre côté, la stigmatisation, l'isolement social, les effets secondaires des traitements, le manque d'accès aux soins spécialisés ou encore les rechutes fréquentes peuvent considérablement nuire au bien-être global de ces individus.

**Problématique
et
hypotheses**

L'être humain est confronté chaque jour à des obstacles qui sont d'ordre naturel ou individuel, qui peuvent être dans certains moments des facteurs, qui détournent l'individu de ses objectifs dans sa vie soit du côté physique ou psychique. Cela peut impacter sa santé d'une manière générale.

Il est d'usage de considérer la santé dans une perspective dynamique plutôt que statistique, selon cette vision, la santé résulte d'une interaction constante entre l'individu et son milieu, elle n'est plus considérée uniquement comme l'absence de maladie, mais comme une ressource de la vie quotidienne, précisément, la santé est définie comme la capacité physique psychique et sociale des personnes d'agir dans leur milieu et d'accomplir les rôles qu'elles entendent assumer d'une manière acceptable pour elles-mêmes et pour les groupes dont elles font partie, selon l'OMS La santé est « un état de complet bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité », dans cette définition par l'organisation mondiale de la santé, OMS, depuis 1946, la santé représente « l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ».

cependant, de divers obstacles peuvent engendrer plusieurs problèmes pour la personne sur le plan psychique tels que les troubles de l'humeur ce qui affecte leur qualité de vie, De ce fait, en trouve le trouble bipolaire parmi les troubles de l'humeur, tout d'abord les troubles de l'humeur appelés également troubles de la thymie ou troubles affectifs, désignent des variations pathologiques des états affectifs (joie, gaieté, euphorie, tristesse, découragement, désespoir...), en ce sens, s'opposent au plan conceptuel aux trouble de la pensée.(J, Guelfi F, Rouillon,2012)

En effet, les troubles de l'humeur sont une catégorie de troubles psychiatriques affectant notre capacité à vivre des états d'humeur normale, il existe deux groupes principaux de troubles de l'humeur les troubles dépressifs unipolaire dans lesquels les changements anormaux de l'humeur se font toujours dans le sens d'un abaissement, et les troubles bipolaires dont nous parlerons ici et qui impliquent des épisodes d'abaissement anormal de celle-ci, donc le trouble bipolaire également connu sous le nom de trouble maniaco-dépressif, est un trouble biologique sévère affectant de 1 à 8% de la population générale bien que variant d'un point de vue de ses symptômes et de sa sévérité, le trouble bipolaire a presque toujours un retentissement important sur ce qui en sont atteints comme sur les membres de leur familles, leur partenaires et leurs amis. (F.Jollant, M.Abbar, Pr.Ph.Courtet, S.Guillaume, G.Collin. Trouble bipolaire Guide à l'usage des patients et des familles. P 02 ,05)

Le trouble bipolaire tel que défini par le DSM concerne 1 à 2% de la population générale et atteint 3,4 % si l'on prend en compte les formes atténuées non reconnues par le DSM mais incluant les troubles de spectre bipolaire issu des travaux d'AKISKAL, donc le sujet présentant une « vulnérabilité thymique », certains troubles de la personnalité borderline...etc, l'étude Américaine ECA (epidemiologic Catchement Area Study) (Weissman et al, 1988), qui a porté sur plus de dix-huit mille personnes utilisant les critères du DSM, montre une prévalence de 0,8% concernant le trouble de type1, de 0,5% pour le trouble bipolaire de type

Problématique et hypothèses

2, et de 5,1% pour les formes atténuées, Pour la sex-ratio est de 1 dans le trouble bipolaire et proche de 2 en faveur des femmes pour le trouble unipolaire, l'âge de début du premier épisode est inférieur à 18 ans dans 50% des cas (avec un âge de début plus tardif chez les femmes que chez les hommes), la médiane est comprise entre 21,2 ans et 27 ans pour les troubles unipolaires. . (Vassilis, K. Manuel psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte. (2015) P. 596)

En Algérie, Il est très difficile d'avoir des chiffres sur l'état de la santé mentale. De fait, on dispose de très peu de données, qui restent peu fiables, sur la prévalence des troubles mentaux en population générale, et qui sont issues de quelques enquêtes nationales ou bien sont obtenues à partir des différents recensements de la population ou des statistiques hospitalières. En effet, les quelques enquêtes, à caractère local ou régional, ont été menées essentiellement par des psychiatres. Ces enquêtes ont porté sur des échantillons spécifiques et se sont centrées sur des sujets divers tels que la dépression, le suicide, la psychose et les troubles anxieux.

Selon le rapport de 2003 du ministère de la Santé, de la Population et de la Réforme hospitalière portant sur la perspective décennale, cette enquête révélait déjà l'ampleur du problème de la santé mentale en Algérie avec 155 000 personnes souffrant de maladie mentale et 62 000 d'épilepsie, et indiquait qu'il faudrait s'attendre à devoir prendre en charge au minimum 174 000 sujets présentant une affection au long cours touchant la santé mentale. Les statistiques hospitalières montrent quant à elles que 150 000 consultations de psychiatrie sont assurées annuellement par les établissements hospitaliers spécialisés en psychiatrie. Les troubles mentaux représentent environ 1,5 % des motifs de consultation dans les structures sanitaires en général. (Mohamed el Moncef. S, Brahim. B (2022) « État des lieux des troubles mentaux et de leur prise en charge en Algérie » Vol (N°28)

Par ailleurs, une étude menée dans une institution psychiatrique algérienne, organisées par l'EHS Fernane-El Hanafi et le CHU de Tizi-Ouzou ont été consacrées au trouble bipolaire. Il ressort d'une étude réalisée par le CHU de Tizi Ouzou, sous la conduite du Pr Ziri assisté des Drs Seklaoui, Benour et Adjaoud, que les fonctionnaires sont les plus touchés par le trouble bipolaire. A révélé que la prévalence globale des troubles bipolaires (types I et II confondus) était de 4,31 % parmi les patients, avec une prévalence de 4,56 % chez les hommes et de 3,85 % chez les femmes. L'âge moyen des patients bipolaires était de 43 ans +11 ans (un âge minimum de 22 ans et un maximum de 74 ans) avec un sexe ratio de (2H/1F). Cette pathologie touche donc plus les hommes que les femmes, soit 68% contre 32%. Des hommes touchés plus par le type 1 avec 81% contre 19% pour les femmes. Par contre, ces dernières sont plus touchées par le type 2 avec 61% contre 39%. Elle touche davantage les personnes célibataires (47%) que les mariés (42%), les divorcés (7%) ou les veufs (4%). Autre aspect relevé par cette étude, c'est que dans cet échantillon de patients ceux ayant un niveau d'instruction supérieur (34,3%) ou secondaire voire primaire (31,5%) sont plus affectés que ceux qui n'ont pas connu une scolarité (2,7%), a souligné que toutes les catégories sociales sont touchées avec une prédominance pour les fonctionnaires (26%) suivis des chômeurs (16%), des femmes au foyer (15%), des cadres supérieurs (11%). Quant aux autres catégories socioprofessionnelles, on retrouve des ouvriers (10%), des journaliers (8%) alors que les étudiants ne représentent que 8% de la population traitée. Quant niveau socio-économique des

Problématique et hypothèses

personnes reçues, il est souvent moyen avec 58% pendant que 30% ont un bon niveau et 12% ont un niveau social bas. Pour ce qui est de l'habitat, la maladie touche autant les urbains (55%) que les ruraux (45%). (Amina (2016) trouble bipolaire les fonctionnaires les plus touchés. Algérie 360).

Une autre étude menée au Service de Psychiatrie, Hôpital Militaire d'Instruction Avicenne, Marrakech, Maroc, a analysé Les masques trompeurs de la bipolarité. C'est une étude descriptive transversale portant sur un échantillon de 100 patients atteints de troubles bipolaires, inclus selon les critères de DSM V, qui ont été vus en consultation ou bien hospitalisés dans le service de psychiatrie de l'Hôpital Militaire Avicenne de Marrakech, durant une période de deux ans, entre janvier 2012 et janvier 2014. Les données épidémiologiques et cliniques ont été recueillies à l'aide d'un hétéro- questionnaire renseignant sur : les caractéristiques sociodémographiques des patients, les antécédents personnels et familiaux, les premiers diagnostics attribués aux patients avant le diagnostic du TB, le délai moyen du retard diagnostique, le nombre d'hospitalisations et le nombre de psychiatres vus avant le diagnostic du TB. L'âge moyen des patients était de 29,5 ans (+/- 7,9) avec un minimum de 16 ans, un maximum de 55 ans, et prédominance de la tranche d'âge comprise entre 25 et 35 ans. L'échantillon était constitué de 80% d'hommes et de 20% de femmes. 60% des patients étaient célibataires, et La majorité d'entre eux (76%) avaient un niveau d'instruction bas. 74% des patients étaient des militaires de fonction. 65,7% des patients consommaient des toxiques (60% de dépendance au tabac, 15,3% de dépendance à l'alcool et 28,5% de dépendance au cannabis). Les antécédents personnels d'accès hypomaniaques étaient présents dans 40% des cas, ceux d'épisodes dépressifs majeurs dans 30% des cas. 20,6% des patients avaient fait au moins une tentative de suicide avant le diagnostic du TB cette étude a révélé que 40% des patients avaient reçu un diagnostic initial incorrect, principalement un épisode dépressif majeur (36%) ou un accès psychotique aigu (28%). Le délai moyen avant le diagnostic correct était de 64 mois, avec des implications significatives pour la prise en charge et le pronostic. (Fadoua Oueriagli. N, Abdesslam. B, Imane. A Fatiha. M, Fatima. A (2015) « les masques trompeurs de la bipolarité étude de 100 cas » DOT : 10. 11604 (Pamj, 2015, 21, 313, 5409).

L'étude « Suicide et tentatives de suicide: état des lieux en France » de l'institut de veille sanitaire a été publiée en 2011, cette étude évalue les tentatives de suicide à partir des données nationales du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), elle a pour objectif de décrire les tentatives de suicide ayant entraîné une hospitalisation au cours des années 2004 à 2007 en France, à partir des diagnostics codés disponibles pour les 60% des patients hospitalisés les troubles bipolaires, la schizophrénie et les autres troubles psychotiques étaient présents chez respectivement 2%, 1,5% et 3% des patients, Il convient d'ajouter à la mortalité suicidaire les décès par accident les patients bipolaires en phase maniaque sont plus exposés ainsi que l'aggravation du pronostic d'autres maladies en cas de comorbidité et les accidents iatrogènes dans leur revue de la littérature sur 331000 cas rapportés dont 2500 patients bipolaires Rosehaneï Moghddam et Katon établissent que les patients avec un trouble bipolaire ont une baisse significative de l'espérance de vie principalement due à des affections cardiovasculaires par rapport à la population générale. (Joelle F. Bonté, troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours 2014, P 07).

Problématique et hypothèses

En résumé on comprends de ce qu'on vient de voir que le trouble bipolaire constitue un problème majeur de santé publique, avant l'évènement de la pharmacologie, ce trouble avait un pronostic terrible, désespéré et incurable, selon L'OMS il fait partie des dix maladies les plus couteuses et invalidantes au plan mondial, Ce trouble constitue une varie atrophie pour les sujets qui en souffrent ainsi que leur entourage en effet, cette maladie entraine un bouleversement cognitif, émotionnel, affectif et comportemental ce qui fait appel à une prise en charge psychiatrique et psychologique immédiate, et dans certains cas l'hospitalisation demeure indispensable car les sujets se trouvent face à une situation de crise incontrôlable, ces prises en charge ont pour but l'amélioration de l'état du patient ainsi que sa qualité de vie.

De ce fait, la notion qualité de vie a une série de préoccupation hétérogène, depuis la mesure de bien-être en générale et l'estimation de l'expérience d'une pathologie en passant par l'étude des retentissement de n'importe quel évènement susceptible de modifier a la hausse comme à la baisse, la satisfaction de l'individu à l'égard de l'existence. (Le moigne. PH, 2010 : 76)

Selon les anglais Hunt et Kenn en (1992),chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins : les perçus sont satisfait, la qualité de vie est augmentée, s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée, le concept de la qualité de vie est très subjectif multidimensionnel et dépend des valeurs socioculturelle des individus, chacun a une notion individuelle de la qualité de vie avec ses désirs ses souhaits sa satisfaction et le but à attendre. (Relave. E, 2016 :23)

Patrick et Erickson (1993), révèlent que la qualité de vie correspond à la satisfaction d'un individu dans les différents domaines de sa vie incluant le bien-être physique, social, économique et psychologique. (Achachera. A, 2015:17)

La seul définition universellement accepté est celle de l'organisation mondiale de la santé (1993),« la qualité de vie est la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et de système de valeurs dans lesquels il vit en relation avec ses objectifs ses attentes ses normes et ses inquiétudes, c'est un concept très large influencé de manière complexe 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 ». (OMS 1994)

L'étude a Brésil dans l'université São Paulo a porté sur trente-six (36) patients de la clinique externe du programme de recherche sur les troubles bipolaires carillon militaire du programme de redémarrage ISUTUCT orporar (PROMAN) de l'Institut de psychiatrie de la faculté de médecine de l'Université de São Paulo. Les participants ont été évalués sur une période de 8 ans, les critères d'inclusion exigeaient que les participants soient âgés de 18 à 70 ans, résident dans la ville de São Paulo et présentent un diagnostic de trouble bipolaire de type I ou II selon les exigences du DSM-IV-TR ,les résultats de l'étude ont révélé que les scores WHOQOL-BREF de base étaient Positivement corrélés au nombre d'épisodes maniaques et négativement corrélés au nombre d'épisodes dépressifs antérieurs, une régression linéaire a corroboré nos résultats, ces résultats indiquent que les épisodes dépressifs antérieurs peuvent avoir un impact plus important sur la qualité de vie parque des patients, même lorsqu'ils sont

euthymiques , les résultats suggèrent que la qualité de vie, telle que mesurée par l'échelle WHOQOL-BREF, peut être affectée plus négativement par les épisodes dépressifs et peut être plutôt stable tout au long de la dépression nationale avec un trouble bipolaire. (Tatiana. Kh, Gabriel. B, Michelle. S, Bernardo. G, Beny. L, 2021, quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: an 8 year longitudinal study. Vol (N° 278), P 239 243).

Une autre étude transversale, visait à évaluer les effets de différentes stratégies d'adaptation sur la qualité de vie globale des personnes atteintes de trouble bipolaire, englobant les dimensions physiques, psychologiques et sociales, tout en comparant les stratégies d'adaptation adaptatives et inadaptées, l'échantillon de l'étude comprenait 96 patients externes diagnostiqués avec un trouble bipolaire recrutés dans des cliniques psychiatriques externes de Riyad et de Dammam, en Arabie saoudite, ainsi que dans une communauté plus large de patients atteints de trouble bipolaire, Les participants ont rempli le questionnaire de l'Organisation mondiale de la santé sur la qualité de vie (WHOQOL-BREF) et les questionnaires d'orientation sur les problèmes rencontrés (Brief-COPE), Les résultats ont indiqué que les problèmes des stratégies d'adaptation ciblées, comme la recherche de soutien et la prise de mesures directes pour gérer le stress, étaient associées à une meilleure qualité de vie chez les personnes atteintes de trouble bipolaire, En revanche, les stratégies axées sur les émotions, comme le fait de se culpabiliser, sont associées à une qualité de vie plus faible. (Alzahrni. H (2024) Understanding quality of life in bipolar disorder : associated factors and coping strategies. Vol (N°15) DOT 10, 3389/ F Psyg. 2024. 1484, 747)

Les résultats de l'étude transversale auprès de 104 patients tunisiens bipolaires disorder and quality of life: A cross-sectional study including 104 tunisiens patients confirment que même en phase de stabilité clinique, la qualité de vie des patients bipolaires est souvent altérée, des facteurs tels que l'absence d'activité de loisirs, de ressources financières stables, le chômage et la poly-médication sont souvent incriminés, l'amélioration de la qualité de vie revient à considérer ces facteurs dans la pris en charge des patients souffrant de trouble bipolaire.(I. Marrag, K. Hajji, M. Hadj Ammar, L. Zarrouk, R. Kachouri, M. Nasr, (2015) Touble Bipolar type 1 et qualité de vie : étude transversale auprès de 104 patients tunisiens. Vol (N°41) P. 355,361)

Ainsi, La qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire est influencée par divers facteurs favorisant ou défavorisant parmi les facteurs favorisant par exemple adhésion au traitement l'un des éléments clés pour stabiliser l'humeur est la prise régulière de médicaments. Les stabilisateurs de l'humeur, tels que le lithium, la lamotrigine, le valproate de sodium, ainsi que certains antipsychotiques atypiques, réduisent la fréquence et l'intensité des épisodes une prise régulière des médicaments diminue les fluctuations de l'humeur et améliore le fonctionnement global. (Gitlin, M. J. (2016). Lithium side effects and toxicity : prevalence and management strategies. International Journal of Bipolar Désordres, 4(1), 27.)

Parmi les facteurs défavorisant la qualité de vie des personnes ayant trouble bipolaire on trouve le stress et événements de vie négatifs les situations stressantes (perte d'un emploi, conflits familiaux, traumatisme) augmentent le risque d'épisodes maniaques ou dépressifs. Le stress chronique altère le fonctionnement des circuits cérébraux liés à l'humeur. L'absence de stratégies de gestion du stress aggrave la maladie. (Alloy, L. B., et al. (2015). Life stress and

Problématique et hypothèses

bipolar disorder : The impact of event characteristics and bipolar subtype. Journal of Abnormal Psychology, 124(1), 54-69.)

Dans notre recherche, portée sur les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes ayant trouble bipolaire nous avons choisi comme terrain d'étude le service EHS en psychiatrie Oued Ghir et pour la réalisation de cette dernière, nous avons utilisé le questionnaire WHOQOL– Bref pour évaluer la qualité de vie des personnes bipolaire, et afin d'explorer les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie de sujets de recherche on a posé les questions suivantes :

Question générale :

Quels seraient les facteurs favorisant ou défavorisant en lien avec la qualité de vie qu'on pourrait identifier dans notre groupe de recherche ?

Question partielles :

Comment les facteurs favorisant la qualité de vie des patients bipolaires impactent-ils la bonne évolution de la pathologie ?

Comment les facteurs défavorisant la qualité de vie de ces patients impactent-ils la mauvaise évolution de la maladie ?

Hypothèse générale :

Parmi les facteurs favorisant la qualité de vie des patients bipolaires nous trouverons une bonne observance médicamenteuse le soutien sociale et parmi les facteurs défavorisant nous trouverons l'arrêt du traitement le stress et l'isolement social.

Hypothèses partielles :

Les facteurs favorisant la qualité de vie des patients bipolaires permettent de limiter les hospitalisations, d'améliorer l'autonomie et de prévenir les complications.

Les facteurs défavorisant leur qualité de vie favorisent les épisodes maniaques et dépressifs, cela entraîne plus d'hospitalisation, une perte d'autonomie et des comorbidités.

Les raisons de choix de :

Le choix de notre sujet de recherche « Les facteurs favorisant et défavorisant la qualité de vie des patients bipolaires » c'est à cause de la motivation de se rapprocher a ce genre de personnes pour comprendre les facteurs qui influence leurs qualité de vie et trouver les obstacles rencontré dans leur vie quotidienne.

Les objectifs de la recherche :

L'objectif de notre recherche est d'évaluer le niveau de la qualité de vie de notre groupe de recherche, ensuite démontrer certains souffrance des sujets dans leur vie quotidienne, puis

identifier les facteurs favorisant et défavorisant leur qualité de vie, enfin voir et comprendre la nature de leurs relations familiales et sociales.

Définition et opérationnalisation des concepts clés :

1)-Trouble bipolaire

C'est un trouble de l'humeur pouvant évoluer vers un mode Chronique, et caractérisés par une alternance entre des phases d'exaltation de l'humeur, avec augmentation de l'énergie et des activités (phases « maniaques » ou « Hypomaniaques »), et des dégradations de l'humeur (phases « dépressives » La psychose maniaco-dépressive peut être définie comme suit, c'est une affection Qui réapparaît fréquemment. Devant un seul accès thymique (maniaque ou Dépressif), survenue successive d'accès maniaques et dépressifs ou uniquement D'accès maniaque. (P. Lévy-Soussan, page 16)

1-1-Opérationnalisation de ce concept

1-1-1) Période dépressif :

- la tristesse.
- la fatigue et manque d'énergie.
- les idées suicidaires.
- Des difficultés de sommeil.
- une perte d'intérêt pour les activités quotidiennes.

1-1-2) Période maniaque :

- Estime de soi exagérée.
- Distractibilité.
- Besoin moindre de sommeil.
- hyperactivité désordonnée.

2)- la qualité de vie :

Selon Campbell et all. (1989) la qualité de vie est : « une mesure Composite du Bien-être physique, mental et social qui est perçue par chaque Individu ou par chaque groupement d'individus, et du degré de satisfaction et de Gratification dans des domaines tels que la santé, le ménage, la famille, le Travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres ». (J.Beaussart, P. Genton, 2005, P. 42)

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- schweitze) (2002) ; cité par Lafaye,2009,p.26)

2-1-Opérationnalisation du concept :

Elle se subdivise en deux pôles ; l'un positive(+) qui signifie une bonne QDV et l'autre négative(-) qui signifie une mauvaise QDV :

2-1-1) Bonne qualité de vie :

- Sensation du bonheur.
- Sensation du plaisir.
- Bonnes relations avec les autres (famille, amis,...).
- Bien-être physique et psychique.
- Satisfaction.
- Avoir un gout à la vie aux activités sociales, etc

2 1-2) mauvaises qualités de vie :

- Sensation de tristesse
- Sensation de désespoir
- Sensation de malaise
- Parte de relations avec les autres
- Souffrance physique et psychique
- Limitation des activités physique
- Abandon de loisirs
- Stress et dépression

3)- Les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie :

3-1-opérationnalisation de concept :

3-1-1) les facteurs favorisants :

- un environnement familial et social stable
- l'adhésion au traitement
- une bonne intégration sociale et professionnelle
- une routine quotidienne bien structurée
- régularité de sommeil

-activité physique

-un accès adéquat aux soins médicaux et psychothérapeutiques :

3-1-2)- les facteurs défavorisant :

-non adhésion au traitement

- la stigmatisation sociale

-suicide ou tentative de suicide

-relations endommagées

-la consommation des substances

-manque de soutien social

- l'évènement de vie négatif

Partie pratique

Chapitre 3

Méthodologie de recherche

Préambule :

La méthodologie est essentielle pour mener une recherche de manière optimale, adaptée à sa nature et aux objectifs du chercheur. Il est impératif que le chercheur puisse expliquer et justifier chaque étape de son travail en présentant les méthodes et les outils utilisés.

Dans ce chapitre nous allons présenter notre méthode de recherche qu'on a effectué avec l'entretien clinique et l'usage de questionnaire WHO QOL - Bref qui nous a permis de guider le déroulement de notre travail sur le terrain afin de vérifier nos hypothèses, pour cela on va expliquer l'ensemble des techniques utilisées pour mener notre étude.

1. La méthode de recherche :

Notre étude s'inscrit dans le cadre de la méthode dite clinique. Dans les paragraphes qui suivent, nous présentons cette méthode et mettons l'accent sur l'étude de cas comme une composante principale de la méthode clinique sur laquelle nous nous sommes appuyées.

1.1. La méthode clinique :

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.

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).

Cette méthode nous permet de décrire, comprendre et observer le comportement de nos sujets de recherche de manière approfondie et individuelle. Elle est idéale pour évaluer la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble bipolaire, en fournissant une description détaillée de leur situation et de leurs problèmes. La méthode clinique cherche également à éclairer l'origine et le développement de ces problèmes par le biais de l'anamnèse, en identifiant les causes et la genèse des difficultés rencontrées. Elle répond ainsi aux exigences de singularité des cas, permettant une analyse diversifiée des contenus (Huber, 1993).

En outre, la méthode clinique vise à comprendre les comportements humains en déterminant à la fois les aspects typiques et individuels de chaque sujet, considéré comme un être en interaction avec une situation spécifique (Sillamy, 2003, p. 58).

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 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'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celle qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation. (Fernandez & Pardinielli, 2006).

1.2. Etude de cas :

L'étude de cas comme méthode de recherche est appropriée pour la description, l'explication, la prédiction et le contrôle de processus inhérents à divers phénomènes, que ces derniers soient individuels, de groupe ou d'une organisation. La description répond aux questions qui, quoi, quand et comment, l'explication vise à éclairer le pourquoi des choses : la prédiction cherche à établir, à court et à long terme, quels seront les états psychologiques, les comportements ou les événements, enfin, le contrôle comprend les tentatives pour influencer les cognitions, les attitudes et les comportements qui apparaissent dans un cas individuel. (Gagnon, 2005, pp.2- 3).

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). Elle est utilisée dans les études qualitatives en sciences humaines et sociales, mais elle peut être utilisée dans une étude d'un cas particulier Elle vise l'étude approfondie d'un spécifique, qu'il soit une personne ou un groupe.

2. Les outils de la recherche :

Tout recherche scientifique nécessite l'utilisation des outils d'investigation valides qui vont nous permette d'atteindre nos buts. Sachant que notre travail de recherche porte sur les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes atteintes du trouble bipolaire, nous avons choisi ces deux outils : le questionnaire de la qualité de vie WHO QOL – Bref, ainsi que l'entretien semi-directif.

2.1. Entretien clinique de recherche :

L'entretien clinique est un dispositif de base en psychologie clinique. Il est à la fois un outil de diagnostic, un outil de thérapie et un outil de soutien, il permet d'accéder aux représentations du patient, à ses émotions et à son vécu. Il sert à comprendre le fonctionnement psychique en se centrant sur le discours, le vécu et la relation. Le thérapeute et le patient sont en situation active puisqu'ils vont construire ensemble cette situation d'entretien. (Chahraoui , K & all, 1999).

L'entretien clinique est la technique principale sur laquelle s'appuie le psychologue, qu'il soit à visée thérapeutique ou d'évaluation ou encore dans un but de recherche. (V.CAPDEVIELLE, C.DOUCET, 2004, p.76).Il vise appréhender et à comprendre le

fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation.

L'entretien clinique fait partie de la méthode clinique et des techniques d'enquête en sciences sociales, il constitue l'un des meilleurs moyens pour accéder aux représentations subjectives du sujet, dans le sens, évidemment où l'on postule un lien entre le discours et le substrat psychique (A. BLANCHET, 1997).

En clinique, l'entretien permet d'obtenir des informations sur la souffrance du sujet, ses difficultés de vie, les événements vécus, son histoire, la manière dont il aménage ses relations avec autrui, sa vie intime, ses rêves, ses fantasmes. (K.CHAHRAOUI, H.BENONY, 1999, pp.11-12).

Dans le cadre de notre recherche, et vu la qualité des informations recherchées, nous avons opté pour l'entretien semi-directif de recherche pour donner plus de liberté aux sujets interrogés.

Cet entretien nous permet de retracer les différents moments de la vie du sujet comme les facteurs physique social qui l'ont mené à l'état psychique du moment.

2.2. L'entretien semi directif : s'annonce comme médiateur qui s'illustre comme un comprimé entre l'entretien directif et l'entretien semi directif. (Castrede .2003 P.93)

Dans ce type d'entretien le chercheur dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance, elles sont poussées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin de la séquence d'association, l'aspect spontané est moins présent dans ce type d'entretien dans la mesure où le clinicien chercheur propose un cadre et une trame qui permet au sujet de dérouler son récit (Chahraoui et Bénony, 2003, p.143)

L'entretien semi directif s'organise dans un cadre strict, le chercheur connaît les points précis qu'il désire aborder. Qui conserve un principe de liberté de parole, ils visent à obtenir un certain nombre de réponses, il peut être nécessaire de recadrer poliment son sujet si celle-ci s'écarte trop du sujet.

L'entretien clinique de recherche 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 certains nombres de questions relatives à chaque axe.

2.3. Guide d'entretien : est le premier travail de traduction des hypothèses de recherche en indicateur concrets et de reformulation des questions de recherche en question 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 et Gotman, 2014, p.58)

Le guide d'entretien doit également inclure les axes thématiques à aborder et des questions préparées au préalable, à poser de manière non-directive. (Bénony & Chahraoui, 1999, pp. 68-69) « Un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs, indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer » (Blanchet.A, 1999, p.68)

Dans notre recherche nous avons construit un guide d'entretien et en nous inspirant de l'échelle de soutien social et l'échelle de QOL. DB.

Dans ce sens, nous avons élaboré un guide d'entretien comprenant (42) questions en tout. (08) questions portent sur : « les informations générale sur le sujet » l'objectif c'est de rapporter des informations sur la biographie du sujet

L'axe numéro 01 intitulé : « Antécédents de l'hospitalisation », est composé de six (06) questions, ces questions ont pour objectif de connaître la durée du chaque période d'hospitalisation et comment le sujet à fait face à cette maladie, quels sont Ces causes, des Antécédents vis-à-vis a la bipolarité.

Axe numéro 02 intitulé « hospitalisation actuelle » Il contient cinq (05) questions pour objectif d'avoir l'état actuel de sujet, les causes de cette hospitalisation et comment le sujet a vécu Cette période.

L'axe numéro(03) intitulé : « sur le plan personnel (les informations sur le trouble sur la qualité de vie » comprenant (23) questions, dans le but d'avoir comment le sujet gérer le trouble et connaître les facteurs qui influençant sur leur vie quotidienne soit sur plan social professionnel....

L'objectif de toutes questions de guide d'entretien, est de détecter si un sujet bipolaire amputé à une bonne où une mauvaise qualité de vie Pour ce fait on ne s'est pas seulement basé de notre guide d'entretien clinique semi directif mais aussi d'un questionnaire «WHO QOL - Bref» que nous allons présenter dans ce qui suit.

2.4. La présentation du questionnaire :

Le WHOQOL-bref, version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto évaluation générique et multidimensionnel. 11 contient un item concernant la qualité de vie globale, un item évaluant la santé générale et un item de chacune des 24 facettes du WHOQOL-100 (annexe 1). 11 évalue quatre facteurs de qualité de vie susceptible de refléter une perception suffisamment exhaustive de la qualité de vie des personnes évaluées. Les quatre grands facteurs recherchés par l'outil concernent : a) la santé physique, b) la santé psychologique, c) les relations sociales et d) l'environnement. Le WHOQOL-bref possède quatre types d'échelles de réponses en cinq points permettant l'évaluation de l'intensité (Pas du tout- Extrêmement), la capacité (Pas du tout-Complètement), la fréquence (Jamais-Toujours) et l'évaluation (très insatisfait/Très mauvais-Très satisfait/Très bon) variables en fonction des items posés. Le WHOQOL-bref a l'avantage d'être suffisamment compréhensible et rapide à administrer. Par conséquent, il peut être adressé à une population dont les facultés intellectuelles et la capacité à maintenir une attention soutenue sont souvent limitées. Il évalue de façon adéquate la qualité de vie dans un large échantillon de pays (Australie, Croatie, Espagne, France, Grande-Bretagne, Inde, Israël, Japon, Pays-Bas, Panama, Thaïlande, Russie, Etats- Unis et Zimbabwe). Pour illustrer cette validation transculturelle, Leplège et Réveiller (23) ont validé le WHOQOL-bref auprès de patients français atteints de troubles neuromusculaires. (X. Saloppé, T.H. Pham, 2007, P. 10)

A .Implication cliniques :

La multiplication des études concernant l'évaluation de la qualité de vie à l'aide du WHOQOL-bref va favoriser la comparabilité des études.

- La possibilité d'ajouter au WHOQOL-bref des modules spécifiques relatifs à l'enfermement. Avec ensuite la possibilité de comparer les qualités de l'enfermement carcéral et psychiatrique.
- Discuter l'intérêt d'utiliser cette mesure de qualité de vie dans le cadre de l'évaluation de programmes de soins dans le champ de la psychiatrie légale.

B. Limitations :

- L'utilisation d'une mesure de qualité de vie complémentaire à celle du WHOQOL- bref permettrait de vérifier sa validité convergente.
- L'ajout de variables telles que les troubles mentaux majeurs et de la personnalité aurait permis d'évaluer leur impact sur la qualité de vie des patients internés dans un service de psychiatrie sécuritaire
- Le contrôle de variables liées à l'humeur du patient au moment de l'évaluation serait souhaitable. La passation de l'échelle de Hamilton et de Spielberger contre balancée au WHOQOL-bref aurait permis cela. (X. Saloppé, T.H. Pham, 2007, P. 5)

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Il contient un item concernant la qualité de vie globale auto-évaluée par le sujet, un item évaluant la santé générale perçue. Les 24 autres items correspondent aux 24 facettes du WHOQOL-100 (donc une question dans le BREF par facette de WHOQOL-100).

L'objectif du questionnaire est d'évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie des personnes interrogées. Ces quatre facteurs (domaines) sont :

- 1)- la santé physique (7 items) des items sur la douleur et gêne ; sommeil- repos ; fatigue-énergie ; mobilité : activités-travail ; dépendance aux traitements.
- 2)- la santé mentale (psychologique) (6 items) les items concernés questionnent sur les émotions positives : pensée apprentissage mémoire et concentration ; estime de soi ; image corporelle ; émotions négatives ; spiritualité et croyances personnelles.
- 3)- relations sociales (3 items) : items sur les relations personnelles ; soutien social : activité sexuelle.
- 4)- l'environnement (8 items) : items sur la liberté, sécurité environnement du domicile ; ressources financières et médico-sociales : accessibilité et qualité des soins accès aux informations ; aux activités de loisirs ; logement ; transport.

La cotation se fait sur quatre types d'échelles de réponses en cinq points, permettant l'évaluation de l'intensité (« pas du tout extrêmement »), la capacité (pas du tout-

complètement »), la fréquence (jamais toujours »), l'évaluation (très satisfait/insatisfait ; très bon/mauvais) variables en fonction des questions posés.

Chaque domaine a donc ses intervalles des scores possibles en chiffres absolus :

- Pour la santé physique : le score minimal possible est 7 et le maximal 35
- Pour la santé psychologique : le score minimal est 6 et maximal 30
- Pour le domaine des relations sociales : le minimal est 3 et maximal 15
- -pour l'environnement : le minimal est 8 et maximal 40.

Le calcul pour chaque domaine se fait à l'aide d'une grille de calcul élaborée par l'équipe de création du WHOQOL-BREF (voir dans l'annexe), avec obtention d'un score transformé de 4 à 20.

Les valeurs moyennes sur le score transformé 4-20, données par l'équipe de création du WHOQOL-BREF. (T. Liliana, 2012, P. 18-19)

Tableau n°2 : Grille de calcul du Whoqol-Bref

Santé physique = (6-Q3) + (6-Q4) +Q10+Q15+Q16+Q17+Q18
Santé psychologique = Q5+Q6+Q7+Q11+Q19+ (6-Q26)
Relation sociale = Q20+Q21+Q22
Environnement = Q8+Q9+Q12+Q13+Q14+Q23+Q24+ Q25

Les données brutes calculées à partir de la grille de calcul font l'objet

D'une transformation puisque chaque domaine comporte un nombre différent d'items. Pour ramener les scores à une échelle de mesure standard, allant de 0 à 100, il convient d'appliquer la formule suivante :

Score transformé = (score du patient au domaine_ score le plus bas au domaine) x 100

Score possible au domaine

Tableau3 :

Domaine	Score plus bas A	Score plus haute B	Etendu des scores possible AB
santé physique	7	35	28
Santé	6	30	24

psychologique			
Relation social	3	15	12
Environnement	8	40	32

Dans notre recherche, nous avons choisi d'utiliser cet outil afin d'évaluer

La qualité de vie de nos sujets, dans différents domaines, y compris le domaine de la santé physique, psychologique, ainsi que le domaine de relation sociale et de l'environnement.

3. Le déroulement de la recherche

3.1. Présentation de lieu de recherche

L'hôpital psychiatrique d'Oued Ghir

Localisation : Oued Ghir, Bejaïa

Maître d'ouvrage : Direction de la Santé Publique de Bejaïa

Programme : 120 lits

Concepteur : Société civile professionnelle d'architectes B.A.R.T

Surface projet : 1 289,66 m²

Le projet consiste en la projection d'un hôpital psychiatrique d'une capacité de 120 lits, à OUED GHIR dans la wilaya de BEJAIA, sur un terrain d'une superficie d'environ quatre (04) ha. Un projet « thérapeutique » de prise en charge, de surveillance, d'assistance et d'apport de soins et d'attention nécessaires à une catégorie de malades manifestant des besoins assez spécifiques. Ces services devant répondre aux objectifs fixés pour l'établissement, à savoir la guérison et la réinsertion de cette frange de la société dans la vie de tous les jours.

Le site accueillant le projet a pour particularité d'avoir une topographie assez accidentée, une configuration irrégulière, sans orientation préférentielle et dont les limites ont une forme curviligne. Un autre point essentiel est celui de l'accessibilité qui est limitée à la partie Nord-Ouest du terrain, (partie dont la topographie est la moins accidentée). Le reste du terrain présente une forte déclivité et est difficilement accessible. Ces différents éléments constituent des critères importants pour l'implantation du projet qui sera sous forme de banquettes suivant les courbes de niveau afin de minimiser les travaux de terrassement.

3.2. Les critères d'inclusion :

- Tous les sujets ayant un trouble bipolaire.
- Patients hospitalisés au service psychiatrique d'oued Ghir
- Les deux sexes sont inclus dans notre recherche.
- Tous les cas sont à l'âge adulte 30 à 50.
- Les patients sont en phase de stabilité clinique au moment de participation.

-Consentement éclairé des patients.

3.3. Les critères d'exclusion :

-Les sujets âgée moins de 18 ans.

-Présence d'autres troubles psychiatriques associés non stabilisés.

3.4. Présentation de groupes de recherches

Notre groupe de recherche se compose de six (06) sujets âgés entre 33 ans et 54 ans. Nous présenterons les cas dans le tableau suivant :

Tableau 01 : Tableau récapitulatif des caractéristiques du groupe de recherche.

Sujet	Age	Niveau d'instruction	Situation matrimoniale	Situation Professionnel	L'âge de début du trouble	Nombre d'hospitalisations
Mourad	54ans	Primaire	Célibataire	Pâtissier	25 ans	3 fois
Mennad	33ans	4ème année Cem	Célibataire	Commerçant	20 ans	3 fois
Sofiane	44ans	Bac+5	Mariée	Ingénieur en informatique	33ans	4 fois
Samir	41ans	6ème année	Mariée	Agent de sécurité	39ans	2 fois
Abedlehaf	43ans	4eme année Cem	Célibataire	froua Climatisation	23 ans	4 fois
Tourkia	45ans	9ème année Cem	Célibataire	Femme au foyer	18 ans	2 fois

Dans ce tableau récapitulatif des caractéristiques de notre groupe de Recherche. Nous notons que le groupe de recherche se compose majoritairement de sexe masculin. Tous les sujets ont un niveau professionnel qui se diffère d'un à l'autre sauf « Tourkia » c'est une femme au foyer les six sujets de recherche présentent un trouble bipolaire.

3.5. La pré-enquête :

C'est une étape très importante dans une recherche scientifique qui a pour but de collecter un maximum d'informations et qui détermine les hypothèses et les Objectifs La pré-enquête est une phase ou le chercheur découvre son terrain de recherche afin de confirmer la faisabilité du thème sur le lieu.

Selon CHAUCHAT .H : « la pré-enquête est la phase d'opérationnalisation de la recherche théorique, elle consiste à définir des liens entre, d'une part les constructions théorique : schémas théorique ou simplement cadre conceptuel selon le cas, et, d'autre part, les faits

d'observation » .la pré-enquête est la phase préparatoire de l'enquête, c'est une étape de la recherche des hypothèses possible, mais des hypothèses vérifiable à travers un cadre théorique afin de déterminer nos hypothèse avons discuté avec la psychologue sur la fiabilité du thème et la disponibilité des cas ses et nos objectifs. (Chauchat.H, 1999, p63)

Dans notre recherche nous avons réalisé notre pré-enquête au service de psychiatrie « Hommes » et « Femmes » mise en place à l'EHS en psychiatrie Oued Ghir, situé dans la wilaya de Bejaia. Nous sommes présentées à ce service en tant que stagiaires étudiantes en Master 2 psychologie clinique, on a demandaient l'accès à ce service. La psychologue nous a donnés son accord, et bien sûr n'est pas seulement son accord qui nous permettons d'avoir accès, mais aussi l'accord des autres responsables comme le directeur générale, le chef service. On s'est mis d'accord, d'abord avec la psychologue sur les jours les horaires de stage et nous avons discuté sur la fiabilité du thème et la disponibilité des cas. La psychologue nous a demandé un guide d'entretien validé par notre enseignante encadreur, pour qu'on puisse commencés le 16/03/2025, nous avons commencé notre pré-enquête dans laquelle nous avons pu poser quelques questions libres qui nous ont permis d'acquérir un certain nombre d'informations pour notre recherche ensuite, nous avons effectué six entretiens en langue maternelle (kabyle), avec une femme et 2 hommes, dont on a posé quelques questions Concernant leur mode de vie avec le trouble , des questions sur leur état de santé physique et psychologique, leurs relations sociales et familiales, ainsi que les difficultés qu'ils éprouvent dans leur vie quotidienne.

On s'est basé dans un premier temps, sur les axes de notre guide d'entretien élaboré à l'avance, et dans un deuxième temps nous avons choisi l'utilisation du questionnaire (WHOQO-Bref) cette étape, nous a été bénéfique dans le sens où elle nous a éclairés sur l'objectif exacte de la recherche, et nous à aider à vérifier la disponibilité de notre population d'étude, elle nous a aussi permis d'améliorer notre guide d'entretien.

 sujet	 âge	 Niveau d'instruction	 Situation matrimoniale	 Situation professionnelle	 L'âge de début de trouble	 Nombre d'hospitalisation
Bachir	50 ans	Primaire	marie	Agent de propreté	30 ans	1 fois
Fairuz	63 ans	Bac	mariée	Enseignante	19 ans	3 fois
Toufik	42 ans	Cem	Célibataire	Sans emploi	20 ans	4 fois

3.6. 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, et Gotman, 2007, P-P.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, et Bénony, 2003, P-P.131-132).

Notre enquête s'est déroulée au service de psychiatrie « Hommes » et « Femmes » mise en place à l'EHS en psychiatrie d'Oued Ghir Béjaïa à partir du 16 mars 2025 au 29 avril 2025 deux jours par semaine. Les premiers jours ont été consacrés à la pré-enquête. Notre groupe de recherche est constitué de six (6) 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 akdnesqi /akemdneqsi ghef l'hala ynek (ynem) n' toura waħi ttina n zik, nevgħa aghteħdret felassent ». (Nous avons quelques questions à vous poser sur votre état actuel et Votre ancien état et on aimerait bien que vous répondiez. La passation de l'entretien s'est déroulée en langue kabyle et la durée était suffisante cela nous a permis de recueillir des informations générales concernant les sujets de recherche, les symptômes et les facteurs favorisant ou défavorisant leur vie quotidienne de chacun des patients.

Conclusions

Nous avons exposé les techniques choisies, la méthode et le lieu de notre étude en vue d'atteindre le but de notre recherche. Les informations présentées dans ce chapitre nous ont servi une démarche ordonnée pour une bonne organisation de notre recherche et cela à travers le respect des règles et des étapes de déroulement de notre étude, ce chapitre va nous permettre de nous introduire dans le dernier chapitre de ce travail, qui est celui de l'analyse, discussion et interprétation des résultats.

Chapitre 4

Présentation, analyse et discussion des résultats

Préambule

Après avoir présenté la démarche méthodologique qui nous a permis de recueillir les données pour notre recherche, nous allons passer à l'exploitation et l'analyse de ces données en vue d'examiner nos hypothèses. Il s'agit de procéder à des présentations de cas selon le plan suivant: présentation biographique du cas, présentation et analyse des données du guide d'entretien, et synthèse du cas. On conclue le chapitre par une discussion générale des hypothèses.

1. Présentation du cas de Mourad :

1.1. Présentation biographique du cas :

Il s'agit de Monsieur « Mourad » âgé de 54 ans, célibataire, il est le deuxième d'une Fratrie de 5 : quatre sœurs et un frère, sa mère est décédée son père est vivant, Ramené au service par son frère inique à cause d'une agitation, il a déjà été hospitalisé plusieurs fois : La premiers à oued, puis Franz Fanon, son oncle est atteint de la même pathologie pas de dépendance Tabagique et alcoolique.

Sujet a tenue Vestimentaire bien propre, contacte facile, il déclare être l' élu et le prophète, il dit que le dieu l'a choisi pour répandre le bien il se considère comme un prophète envoyer par le dieu, ce qui renvoie à un délire mystique à mécanisme hallucinatoire.

Lors de l'entretien, le contact est facile mimiques ralenti, persistance du délire mystique religieux à mécanisme hallucinatoire « Je suis un prophète » sa mission consiste à rétablir la paix dans le monde, il accuse sa belle-sœur sans cesse de l'avoir ensorcelé, ce que provoque de fréquentes disputés et de nombreux conflits à la maison.

Après 14 jours d'hospitalisation au service d'isolement, monsieur « Mourad » est stable sur le plan comportemental, mais ses idée délirantes toujours présentes, sur le plus moteur est stable, le discours émis à voix claire véhiculant souvent l'activité délirante « il est le prophète », il entend les voix des gens qui parlent entre eux de lui, ou bien à la maison il entend sa belle-sœur parle avec quelque de lui. Le patient refuse totalement le diagnostic de trouble bipolaire, pour lui, c'est une épreuve divine et sa mission et de répandre le bien.

Il a une conviction inébranlable qu'il est le nabi dit qu'il doit sortir pour accomplir sa mission, d'un autre cote le patient tente de sortir pour créer une entreprise d'électricité, un projet pour lequel il se montre très ambitieux.

Durant l'hospitalisation, il était stable aucune crise d'agitation, humeur stable, mais il y a souvent la présence d'activité délirante, il ne refuse pas de prendre son traitement.

1.2. Présentation des données d'entretien de monsieur Mourad :

L'entretien de Mourad s'est bien déroulé, grâce à sa coopération, il semblait de bonne humeur, il était prêt pour l'entretien, cet entretien a duré environ une heure.

En répondant à notre première question qui porte sur le nombre des membres de sa famille le sujet nous rapporte qu'il a un seul frère avec sa femme et 4 sœurs mariées et son père « s3igh 4 n yisethma yiwen n yma lwahi d Baba imma themoth, isethma zewjent ».

Sur le plan familial, d'après Mourad il a de bonnes relations avec son père et ses sœurs, elles viennent régulièrement lui rendre visite, veillent sur lui et l'aident à améliorer son état psychique. « isethma, thibighthent tasented ghuri, thufented felli, Bghant adstahlagh, vava daghen » disait « Mourad » par contre, sa relation avec son frère et sa femme n'été pas bonne « tamtoth n gma dirit thekhedmiyid shour nethath i yijan helkegh aka thet3eyit felli mayela d yma itedu lwahi tmetothis », « ma belle-sœur est méchante elle m'a jeté un sort (Sorcellerie), et à cause d'elle je suis dans cet état, elle crie toujours après moi quand je suis à la maison, et mon frère prend son côté », il a dit que « isethma i tafegh zathi toujours », « Mes sœurs je les trouve toujours à mes côtés »

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de sa vie au quotidien, Le patient disait « ligh s3igh une pâtisserie khedmegh dges mi helkeghbel3eght , dayi g sbitar qli tighimith kan, bghigh ad fghegh adeldigh une entreprise d'électricité ad zewjehg ad 3iwnegh l3ibad » « j'avais une pâtisserie dont je Tirais ma subsistance, mais après mon admission à l'hôpital j'ai dû fermer, ici à l'hôpital je reste juste assis sans rien faire je veux sortir Construire une entreprise d'électricité me marier et répandre le bien », et il a ajouté « qerragh coran bghigh adsalhegh g dunith » « je li coran et je cherche à apporter des réformes dans le monde » on remarque que l'idée délirante persiste souvent .

Monsieur Mourad refuse de se considérer comme un malade, Quand on parle de son état psychique, il refuse, et dit qu'il n'est pas malade, mais que Dieu l'a mis à l'épreuve comme il a éprouvé les autres prophètes « Neki ur hlikegh ara a Madame, d rebi i yibtalan aken i yebtala Anbiya niten » on constat qu'il est dans le déni de la maladie, il ajouta que sa belle-sœur est la cause de tout ce qui lui arrive il insiste sur ce point « tamtoth n gma i yikhdmen akka » C'est elle la cause de tout ce que m'arrive « Tebgha ateyen didi » « elle veut coucher avec moi » Ce qui a mis son frère en colère et la poussé à se dispute avec lui.

Lors de l'entretien il s'est montré Coopératif, il dit que avant 1999 sa sante était bonne (physiquement et psychiquement, il menait une vie normale stable, mais dans cette année-là après son incarcération pour avoir poignardé quelqu'un, son état psychique s'est détérioré, il a commencé à avoir des perceptions erronées et des hallucinations.

Sur le plan social Monsieur « Mourad » il a tendance à s'isoler quelque peu, ses relations sociales restent limitées, « ur s3ighara imdukul, tisoligh, win yehwajen kra asteftegh, thibigh ad thedmegh lkhir mais ur tekchamghara Bezaf yar l3ibad » « je n'ai pas d'amis j'aime faire le bien mais je ne fréquente pas les gens, s'ils ont besoin de quelque chose je le leur offre, mais je le fréquente pas ».

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Le patient ne présente pas des idées suicidaires et il gère bien son anxiété car il prend son traitement au sérieux malgré quelques douleurs au niveau de ses jambes à cause des effets secondaires. Il a des pensées positives pour l'avenir hormis ses idées délirantes.

1.3. Synthèse du cas :

D'après l'analyse des résultats de l'entretien effectuée avec monsieur Mourad, on constate que le soutien familial est un facteur favorisant sa qualité de vie, ce qui lui permet d'améliorer son état psychique, son adhésion au traitement fait partie de ces facteurs.

Tandis qu'il a d'autres facteurs qui viennent fragiliser son équilibre au quotidien, par exemple sa relation avec sa belle-sœur, une difficulté à se déplacer le matin, en raison de douleurs aux jambes.

1.4. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie

domain	Equation pour calculer scores par domaine	Scores bruts	Score de 4 à 20	Scores de 0 à 20	Interprétation qualitative
Physique	$(6-2)+(6-3)+3+3+2+2+3$	(7_35)	20	46,42	Modérée
psychologique	$2+3+4+4+3+(6-2)$	(6_30)	20	58,33	moyenne
social	$5+3+1$	(3_15)	9	50	moyenne
Environnementaux	$3+2+3+3+3+2+1+3$	(8_40)	20	37,5	faible

1.5. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau, voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Monsieur Mourad.

Domaine Physique Score 46,42 Modérée : Ce score traduit une souffrance physique moyenne. Mourad se plaint de douleurs aux jambes liées aux effets secondaires du traitement, ce qui entrave sa mobilité et ses activités matinales. Cela impacte directement sa perception de son bien-être corporel et ses capacités à accomplir des tâches quotidiennes.

Domaine psychologique Score 58,33 Moyenne : Malgré la présence persistante de délires mystiques et d'hallucinations auditives, Mourad semble psychologiquement stable durant l'hospitalisation. Il est coopératif, ne présente pas d'idées suicidaires, et conserve des pensées positives pour l'avenir. Le déni de la maladie (il se dit prophète mis à l'épreuve par

Dieu) pourrait en partie expliquer ce niveau de satisfaction subjectif, car il donne un sens positif à sa condition mentale.

Domaine social Score 50 Moyenne : Ses relations sociales sont limitées. Il vit dans un certain isolement, sans véritables amis, et sa relation avec son frère et sa belle-sœur est conflictuelle. Néanmoins, il bénéficie du soutien affectif de ses sœurs et de son père, ce qui équilibre en partie ce domaine.

Domaine environnemental Score 37,5 faible : Ce score bas peut s'expliquer par plusieurs facteurs: hospitalisation prolongée, manque d'autonomie, perte de son activité professionnelle (pâtisserie), et dépendance au cadre hospitalier. Son projet de créer une entreprise d'électricité témoigne de son désir de reprendre le contrôle sur son environnement, mais son état clinique limite fortement sa capacité à le concrétiser.

1.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :

Monsieur Mourad présente une qualité de vie globalement fragile, avec des domaines physique et environnemental particulièrement touchés. Le domaine psychologique est paradoxalement mieux préservé, probablement en raison de mécanismes de défense (délires mystiques valorisants) et d'une certaine stabilité comportementale. Le soutien familial (notamment de ses sœurs) joue un rôle protecteur, tandis que les conflits intrafamiliaux (notamment avec la belle-sœur) sont des facteurs de stress importants.

Son adhésion au traitement médicamenteux contribue également à une certaine stabilité comportementale. De plus, il exprime une volonté de se projeter dans l'avenir à travers des projets professionnels (création d'une entreprise d'électricité) et personnels (mariage, action bénévole), ce qui reflète une certaine motivation et des pensées positives. Cependant, sa qualité de vie est fragilisée par plusieurs facteurs défavorables: la persistance d'un délire mystico-religieux avec des hallucinations auditives, une relation conflictuelle et source de stress avec sa belle-sœur, ainsi que des douleurs physiques aux jambes.

2. Présentation du cas de Mennad :

2.1. Présentation de biographie du cas :

Monsieur « Mennad » âgé de 33 ans célibataire de 5 frères et 3 sœurs son niveau d'instruction SEM, il travaille comme un commerçant amené à l'ESH Oued-Ghir par sa famille suite d'un problème avec la communauté il disait que « seba tala ligh khedmekhet après yerend imansensen kra medden beghan attebnun nuhni après nughegh didsen winiyid gher dayi ». La durée de cette hospitalisation c'est 33 jours avant le ramadan.

Le début de ce trouble c'est en 2009, marqué par des symptômes suivant l'isolement la tristesse, la dépression, manque de sommeil par contre les idées suicidaires il y a pas.

Durant cette hospitalisation Mennad se sent bien dans le coté émotionnel humeur stable aucune crise cela reflète que Mennad adhère comme il faut son traitement.

2.2. Présentation et analyse des données de guide d'entretien de Mennad :

L'entretien avec Mennad est bien déroulé mais toutefois il s'interrompt en raison des effets secondaires du traitement médicamenteux.

Durant l'entretien Mennad nous a raconté sur le début de sa maladie il disait que « asmi s3igh 20 ans i yedikmasi lehlak ayi uhdregh d hed tteghamayegh kan wehdi ttatafiyi la dépression ttilint dagheni teswi3in anda ttiligh bien amaken uhlikgh ara akk»(le début de ma maladie c'est à l'âge de 20 ans je parlais a personne je restais seul, mais il y a des moments je me sentais bien comme si je n'étais pas malade» cela reflète que ces phases reflètent souvent les hautes et bas des personnes qui souffrant de trouble bipolaire

Lors de l'entretien Mennad nous parlons sur son état de santé il décrit un sentiment de lourdeur général, tant physique que psychique, il se perçoit comme « lourd» ce qui traduire une fatigue intense.

Avant de son hospitalisation il s'arrêtait parfois de prendre son traitement à cause de son travaille, notamment les effets des médicaments l'empêchaient de conduire ce qui influencer négativement à son adhésion thérapeutique. Il nous disait «hebsegh dewa yennu tesyanay-iyi uzmregh ara ad nehregh ma ara rohegh gh suq»

Sur le plan social et familiale Mennad il entretient de bonnes relations avec sa famille notamment ses parents et ses frères , en revanche ses relations avec la société sont mauvais il perçoit les autres comme des ennemis « la relation yenu wahi d imma baba ayethema bien mais wahi l'entourage iw zarekheten d i3dawen iw» disait «Mennad»

D'après l'entretien avec Mennad Parmi les éléments favorables, on note un soutien familial solide, en particulier de la part de ses parents et de ses sœurs, ce qui constitue un repère affectif important et un facteur protecteur. Il montre également une certaine conscience de sa maladie, notamment en identifiant les effets indésirables du traitement, ce qui ouvre la voie à une meilleure collaboration thérapeutique. Sa capacité à exprimer ses ressentis et son vécu représente également un atout pour la communication soignant-patient.

En revanche, plusieurs facteurs nuisent à son équilibre. Il manifeste une perception très négative de la société, allant jusqu'à considérer les autres comme des ennemis, ce qui complique fortement son intégration sociale. Les effets secondaires du traitement tels que la sensation de lourdeur et la perte d'intérêt l'amènent parfois à interrompre volontairement sa médication, notamment pour des raisons professionnelles. Cette mauvaise observance constitue un risque de rechute important. De plus, son tendance à l'isolement social et ses fluctuations d'humeur, alternant entre phases dépressives et moments de bien-être, témoignent d'une instabilité émotionnelle nécessitant un suivi régulier et adapté.

2.3. Synthèse :

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

L'entretien avec Mennad permis de cerner les dimensions essentielles de son vécu avec la maladie mentale. Bien que la communication ait parfois été interrompue en raison des effets secondaires du traitement, Mennad a su exprimer de manière claire l'histoire de son trouble, ses ressentis, et ses difficultés quotidiennes.

On observe chez lui une certaine conscience de la maladie, un soutien familial solide, et une adhésion thérapeutique partielle, ce qui constitue des facteurs positifs pour son évolution. Toutefois, son retrait social, ses perceptions hostiles de l'environnement, et l'impact des effets secondaires sur l'observance du traitement constituent des obstacles notables à sa réhabilitation.

2.4. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :

Après les réponses de Mennad sur l'échelle WHOQOL_BREF, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Tableau 04 : Les résultats de Monsieur Mennad dans le WHOQOL _BREF :

Domain	Equation pour calculer scores par domaine	Scores bruts	Score de 4 à 20	Score de 0 à 100	Interprétation qualitative
Physique	(6-1)+(6-5) +2+1+5+1+2	(7_35)	17	35,71%	Faible
psychologique	2+4+4+3+3+(6-2)	(6_30)	20	58,33%	Moyenne
social	4+4+3	(3_15)	11	66,67%	bonne
Environnementaux	4+3+3+1+1+4+1+3	(8_40)	20	37,5%	faible

2.5. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL- BREF pour Monsieur Mennad

Domaine physique (35,71 % - Faible) : Ce score suggère que Mennad ressent fortement les impacts physiques de sa maladie, notamment en termes de fatigue, sommeil et douleurs, probablement exacerbés par les effets secondaires de son traitement.

Domaine psychologique (58,33 % - Moyen) : Ce score traduit une stabilité émotionnelle relative, en cohérence avec ses phases d'amélioration, mais aussi la présence d'une humeur fragile influencée par son trouble bipolaire.

Domaine social (66,67 % - Bon) : Le bon score dans ce domaine témoigne d'un soutien familial solide, ce qui reste un atout majeur dans le parcours de soins de Mennad.

Domaine environnemental (37,5 % - Faible) : Ce score faible reflète des conditions de vie peu favorables, une insécurité perçue dans son environnement, et des obstacles dans l'accès aux ressources et aux soins, qui nuisent à sa qualité de vie globale.

2.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :

L'analyse globale des quatre domaines du WHOQOL-BREF met en évidence une qualité de vie globalement moyenne à faible, avec une nette disparité entre les sphères sociales, psychologiques, physiques et environnementales.

3. Présentation de cas de Samir :

3.1. Présentation de biographie du cas :

Monsieur « Samir » âgé de 41 ans, marié père d'une seule fille son niveau d'instruction est 6^{ème} année, le sujet est le premier d'une fratrie de 5 enfants, comprenant 3 sœurs et 2 frères, ils vivent actuellement tous ensemble dans la même maison avec sa famille amené à l'EHS psychiatrie Oued-Ghir par sa famille d'après lui il dit que la raison de cette hospitalisation c'est « ligh ze3fegh après sersegh temrart zathi mi ttidzeran wekham-negh newan beghigh ad suicidigh nekki khedmkhet expiré kan après winiyid gher dayi ».

Le début de la maladie c'est en 2023 au travail, il présentait des symptômes tels que l'anxiété, le doute, l'insomnie, la dépression, la peur.

Durant cette hospitalisation qui a duré d'un mois et 10 jours, le sujet présente une amélioration notable avec un comportement plus calme et stable cela nous montre que le sujet suit son traitement de manière adéquate.

3.2. Présentation et analyse de guide d'entretien :

L'entretien avec « Samir » est bien déroulé s'est montré calme et coopératif, on remarque que Samir était motivé pour l'entretien, il a très envie de parler à quelqu'un qui l'écoute, il considère cet entretien comme occasion pour s'exprimer.

Lors de l'entretien, nous sommes mis à demander au sujet de nous raconter sur les antécédents de son hospitalisation il nous disait « ligh bien khedmgh agent de sécurité après psychiquement zaregh les photos n selah, ma yedfegh la photo nni ttugadegh ikechemiyi lkhuf ugadegh ad fegh la photo nni gh lewaq3 ayawin gher lehebs » (j'étais auparavant agent de sécurité puis j'ai eu une crise psychique j'ai vu des images de Salah qui m'ont fait peur et

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

j'ai eu peur d'aller en prison si cette image devenait réalité) . Nous avons constaté que notre sujet il a un sentiment d'anxiété et d'angoisse liée à la peur.

D'après notre sujet, il consulte auparavant chez un psychiatre mais il a arrêté d'y aller car il trouvait que le médicament ne convenait pas son organisme et il n'a pas les moyens financiers pour consulter un autre psychiatre, il nous disait « ur ufigh ara gh dewa i ttesegh après hebsekheth beghigh ad bedlegh psychiatre mi us3igh ara idrimen».

Cela nous montre que la non-adhésion au traitement c'est l'un des facteurs qui affecte la vie de sujet de manière défavorable.

Sur le plan familiale et social, la relation de « Samir » avec sa famille est bonne et n'a pas changé même après la maladie, sa femme le soutien et sa famille également il disait « tte3awanen iyi ukham ngh tamtuth iw mem helkegh la relation negh teqim ttina kan uchungi ara»

Sur le plan professionnelle, « Samir» il s'arrête son de son travail, mais il espère de rétablir et de sortir de l'hôpital pour pouvoir revenir à sa vie normal.

D'après l'entretien avec « Samir » parmi les facteurs qui favorisant sa qualité de vie on trouve l'adhésion au traitement il a une amélioration notable dans son état psychologique, aussi le soutien de sa famille impact sur sa stabilité émotionnelle, la volonté de changement de son état de trouver le traitement plus adapté.

En revanche les facteurs qui défavorise sa qualité de vie on trouve les effets secondaire ont posé Samira à interrompre ses consultation ce qui aggraver ses symptômes aussi le manque de moyens financiers pour suivre un traitement approprié.

3.3. Synthèse du cas :

L'entretien avec Monsieur Samir a permis de mieux comprendre son parcours, son vécu de la maladie, ainsi que les facteurs influençant sa qualité de vie. Malgré une histoire marquée par la souffrance psychique, les interruptions de traitement et les difficultés financières, Samir fait preuve d'une forte volonté de rétablissement et bénéficie d'un solide soutien familial, qui constitue un atout majeur dans son évolution.

3.4. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :

Après les réponses de Samir sur l'échelle WHOQOL_BREF, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Tableau 5: Les résultats de Monsieur Samir dans le WHOQOL _BRE

Domaine	Equation pour calculer score par domaine	Score brut	Score de 4 à 20	Score de 0 à 100	Interprétation qualitative
---------	--	------------	-----------------	------------------	----------------------------

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

physique	(6-1)+(6-5) +1+3+2+4+4	(7_35)	20	46,42 %	Modérée
psychologique	1+1+3+4+3+ (6-1)	(6_30)	17	45,83 %	Modérée
social	4+4+2	(3_15)	12	75%	Élevé
Environnementaux	1+1+1+2+1+4+4 +1	(8_40)	15	21,88 %	Faible

3.5 Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Monsieur Samir.

1-Domaine physique – Score 46,42 % Modérée : ce score indique une qualité de vie physique modérée. Cela signifie que Samir ressent un impact significatif de sa maladie sur son état physique, notamment au niveau de l'énergie, du sommeil, de la douleur, de la capacité à travailler, ou de la dépendance aux traitements médicaux.

Cela peut s'expliquer par les effets secondaires des traitements antérieurs. Bien qu'il ait montré une amélioration pendant son hospitalisation, sa condition physique reste fragile et nécessite un accompagnement médical et psychologique

2-Domaine psychologique – Score 45,83 % Modérée : ce score reflète également une qualité de vie psychologique modérée, traduisant un état émotionnel instable et une perception négative de son bien-être mental.

3-Domaine social – Score : 75 % Élevé : ce score est élevé, ce qui indique que Samir bénéficie d'un soutien social solide, en particulier de sa femme et de sa famille. Il entretient des relations harmonieuses et se sent entouré. Cela constitue un facteur protecteur majeur dans le processus de stabilisation de son trouble, favorisant son engagement dans le traitement et son espoir de réintégration sociale et professionnelle.

4-Domaine environnemental – Score 21,88 % faible : ce score est très faible, révélant que Samir évolue dans un environnement défavorable. Cela peut inclure des difficultés économiques, un accès limité aux soins, des conditions de logement précaires, ou un sentiment d'insécurité. Ces éléments représentent des obstacles majeurs à son rétablissement, pouvant aggraver son état psychologique et réduire son adhésion aux soins.

3.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :

Les résultats révèlent une qualité de vie contrastée, avec un excellent soutien social (75/100) qui constitue un véritable point d'appui, mais également des difficultés marquées, notamment sur le plan environnemental (21,88/100), ainsi qu'une fragilité physique et psychologique (scores autour de 46/100). Cette situation suggère que la personne évolue dans un contexte relationnel favorable, mais que son cadre de vie matériel ou sécuritaire est

inadéquat, pouvant nuire à son bien-être général. Les fragilités physiques et émotionnelles, bien que modérées, nécessitent aussi une attention particulière.

4. Présentation du cas de Sofiane :

4.1. Présentation de biographie du cas :

Il s'agit de Monsieur « Sofiane » âgé de 44 ans, marié, père d'une fille il est le troisième d'une Fratrie de 4 : trois sœurs et un frère, ses parents sont vivants, il a un niveau d'étude bac5 et travaillait en tant qu'ingénieur en informatique, Ramené au service par sa sœur et son marié, il était installé en France avant son retour en Algérie, pas de dépendance Tabagique et alcoolique ou des antécédents pathologique familiales.

Son parcours professionnel témoigne d'un haut niveau de qualification et d'une insertion socio professionnelle réussie avant la survenue de son trouble, il était en France ou il a diagnostiqué de trouble bipolaire et hospitalisé à plusieurs reprises suite aux plaints de son épouse qui avait alerté la police en signalant qu'il tenait de mettre le feu à leur domicile.

Actuellement ramené au service par sa sœur et son marié à cause d'une crise d'agitation lors d'une dispute avec son oncle, il a été violent agressif envers son oncle.

Le patient présent certains problèmes de santé physique aussi mais il affirme qu'il est en parfaite santé tant sur le plan physique que psychique, il est dans une situation de déni de sa maladie et de ses actes et comportements, il est tout à fait désaccord avec le diagnostic de bipolarité, le sujet se situe au service d'isolement à cause de l'agitation et l'instabilité émotionnelle au début et après 10 mois demeurant toujours très anxieux avec une tristesse profonde vue que sa fille est loin de lui.

Le contact avec monsieur « Sofiane » est un peu difficile, la voix ralenti sur le plan psychomoteur, discours émis av voix audible rapport des idées de tristesse, culpabilité, le début de trouble remonte au 2023 suite à des problèmes conjugaux marqué par une insomnie tristesse humeur tend vers le pôle dépressif ralentissement psychomoteur et des crises d'agitation d'où son hospitalisation depuis 2 ans.

4.2. Présentation de guide d'entretien :

L'entretien de monsieur « Sofiane » n'est pas bien passé car il s'est présenté avec un discours désorganisé totalement, rien n'est compris, il saute d'un sujet à un autre mais il a été coopératif.

En répondant à notre question qui porte sur le nombre de la famille Sofiane disait « s3igh trois sœur et un frère nki jewjagh s3igh ta9chicht elle a 2 ans, mais tamtouthiw t9t3iyi atezreggh, nwanas d amahboul iligh, ligh khdmegh g la France dans une entreprise mais habsegh » « j'ai trois sœurs et un frère j'ai une petite fille de deux ans, mais ma femme m'empêche de la voir, ils pensent que je suis fou, je travaillais en France dans une entreprise mais j'ai arrêté », déjà le patient commencé par nous raconté sur des sujets qu'on n'a pas

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

encore abordé et d'une façon désorganisée et ajouta : « tamtuthiw thechektha fellli mi nella g la France, tewid la police tnayasen ibgha ad isregh akham nki ur khdimigh kra thekhdmiyi aka i wakken asevrugh » « ma femme a porté plainte contre moi quand nous étions en France, elle a appelé la police et leur q dit que je voulais bruler la maison alors que je n'ai rien fait elle a fait cela pour me pousser à divorcer » puis nous avons saisi l'occasion de lui demander de nous parler beaucoup plus sur la relation entre eux monsieur Sofiane nous disait « nki d tmetouth iw nella bien on3ara les problemes mais tenbdal fellli tetenagh didi nki ur sekhdimegh kra et même tura teqlad netath daghen gh l'Algérie mais atan gh imawlanis » « moi et ma femme nous étions bien il n'y avait aucun problème entre nous mais elle a changé et elle a commencé à se disputer avec moi sans raison en ce moment elle est en Algérie chez ses parents » il ajouta « nki thibigh tamtuth iw d yelli bghigh ad qlegh akham iw nki didsent » « j'aime ma femme et ma fille je veux rentrer à la maison avec elles mais ma femme ne me comprend pas et elle est la cause de tout ce qui m'arrive » il nous a rapporté son désir de revoir sa fille et de retourner auprès de sa femme

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de ses journées ou de sa vie quotidienne monsieur Sofiane nous disait « khedmegh thibigh lkhedma ynou mais tura hebsegh tghenigh khdmegh yoga natation directeur ynou g l'entreprise itassem feli d neta iy dihebsen g lkhedma za3ma a cause n lahlak iw » « j'aime mon travail mais je suis actuellement au chômage j'aime la music et la natation et je pratique le yoga mon directeur au travail est la raison pour laquelle j'ai quitté mon emploi » il ajouta « le psychiatre inayid tu saute de coq à l'âne mais khati hedregh normal » « le psychiatre me dit que je saute de coq à l'âne mais non je parle normal »

Sur le plan sociale monsieur « Sofiane » a dit qu'il a de bonnes relations sociales que ce soit au travail ou dans son entourage il a de nombreux amis avec qui il sort de temps en temps et avec qui il pratique aussi ses loisirs disait « s3igh les relations l3ali lwahi d l3ibad soit g lkhedma soit g berra s3igh khila n yemdokal tefaghegh didsen ns3eday lweqth » il ajouta « s3igh mis n khalti fahem toujours lwahi d netta kn i yifehmen hekoughas ifahmiyi mais tametoth iw i yikhdmen ik1 aka teshebliyi » « j'ai un cousin en France Fahem je suis toujours avec lui c'est lui qui me comprend je lui parle il m'écoute et me comprend mais ma femme qui est la cause de mon état elle m'a rendu fou » le sujet apparaît préoccupé il exprime une certaine détresse émotionnelle se sentant incompris par sa femme en particulier qu'il considère comme la principale source de son mal être cependant il évoque également des éléments positifs notamment sa relation forte avec son cousin qu'il décrit comme personne de confiance néanmoins ses propos montrent une tension intérieure et un besoin manifeste de reconnaissance et de soutien émotionnel.

En répondant à la question qui porte sur les difficultés qu'il rencontre après sa maladie il disait « s3igh yiweth n la difficulté c'est que adsfahmegh les psychiatres et ma femme que ur hlikeghara je ne suis pas un bipolaire » « j'ai une seule difficulté c'est ce convaincre les psychiatres et ma femme que je ne suis pas un bipolaire » cela reflète un mécanisme de défense qui est le déni et refuse de prendre son traitement disait « machi onligé ad sough

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

dwa parce que ur yiwigh kra » « je n'ai pas besoin de pendre de médicaments parce que je n'ai rien », cela reflète un rejet d'un diagnostic perçu comme menaçant pour l'estime de soi.

A la fin monsieur « Sofiane » continu a parler sur sa femme et sa fille en disant « bghigh ad zreggh illi ak tmetoth iw khaqegh flasent bghigh adeldigh la page tajdit » « je veux voir ma fille et ma femme elles me manquent je veux ouvrir une nouvelle page avec eux » cela peut reflète une culpabilité ou un poids émotionnel lié à des actions passées.

Le soutien social constitue un facteur de protection majeur face à sa fragilité psychologique et parmi les facteurs favorisant la qualité de vie et une stabilité émotionnelle de sujet tandis que sa mauvaise relation avec sa femme et son inacceptation de sa maladie fait partie des facteurs défavorisant son quotidien.

4.3 Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :

domaine	Equation pour calculer score par domaine	Score brut	Score de 4 à 20	Score de 0 à 100	Interprétation quantitative
physique	$(6-2)-(6-3)+2+3+2+2+1$	(7_35)	19	42,86%	modère
psychologique	$4+1+2+4+3+(6-3)$	(6_30)	17	45,83%	modère
social	$3+1+4$	(3_15)	8	25%	faible
environnementaux	$4+2+3+1+3+2+2+3$	(8_40)	20	37,5%	faible

4.4. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Monsieur Sofiane:

1. Domaine Physique (Score: 42,86 % - Qualité modérée) : Ce score indique une perception moyennement altérée de son bien-être physique. Monsieur Sofiane nie avoir des problèmes physiques malgré les constats cliniques. Cela reflète probablement un mécanisme de défense par le déni. Il montre néanmoins un ralentissement psychomoteur, de l'insomnie, et une agitation cyclique, symptômes courants dans les troubles bipolaires.

2. Domaine Psychologique (Score : 45,83% - Qualité modérée) : Ce score reflète une souffrance psychique importante mais non totalement reconnue. Le patient est dans le déni du diagnostic de bipolarité, exprime de la tristesse, de la culpabilité, et un désir de réconciliation familiale. Son discours est désorganisé, mais émotionnellement chargé.

3. Domaine Social (Score: 25% -Qualité faible) : Ce score très bas révèle une grande détérioration des relations sociales, surtout au niveau familial. Il évoque une rupture relationnelle avec sa femme et une souffrance liée à l'éloignement de sa fille. Seul son cousin est identifié comme un soutien social réel.

4. Domaine Environnemental (Score: 37,5% - Qualité faible) : Ce domaine est en lien avec l'environnement matériel, la sécurité, l'accès aux soins, loisirs, etc. Le score indique une perception très négative de son environnement.

4.5 Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Monsieur Sofiane:

1. Domaine Physique (Score: 42,86 % - Qualité modérée) : Ce score indique une perception moyennement altérée de son bien-être physique. Monsieur Sofiane nie avoir des problèmes physiques malgré les constats cliniques. Cela reflète probablement un mécanisme de défense par le déni. Il montre néanmoins un ralentissement psychomoteur, de l'insomnie, et une agitation cyclique, symptômes courants dans les troubles bipolaires.

2. Domaine Psychologique (Score : 45,83% - Qualité modérée) : Ce score reflète une souffrance psychique importante mais non totalement reconnue. Le patient est dans le déni du diagnostic de bipolarité, exprime de la tristesse, de la culpabilité, et un désir de réconciliation familiale. Son discours est désorganisé, mais émotionnellement chargé.

3. Domaine Social (Score: 25% -Qualité faible) : Ce score très bas révèle une grande détérioration des relations sociales, surtout au niveau familial. Il évoque une rupture relationnelle avec sa femme et une souffrance liée à l'éloignement de sa fille. Seul son cousin est identifié comme un soutien social réel.

4. Domaine Environnemental (Score: 37,5% - Qualité faible) : Ce domaine est en lien avec l'environnement matériel, la sécurité, l'accès aux soins, loisirs, etc. Le score indique une perception très négative de son environnement.

4.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :

La qualité de vie de Monsieur Sofiane est fortement impactée par plusieurs facteurs. Parmi les éléments favorables, on note le soutien partiel de certains proches, comme sa sœur et son cousin, ainsi qu'un niveau d'instruction élevé et des centres d'intérêt personnels (yoga, musique) qui témoignent de ressources internes. Cependant, sa qualité de vie reste largement compromise par des facteurs défavorisant tels que le déni de sa maladie, le refus du traitement, l'isolement social, et une relation conjugale conflictuelle. Ces éléments freinent sa stabilisation et nuisent à sa réhabilitation psychosociale.

5. Présentation du Cas d'Abd Ihafid :

5.1. Présentation de biographie du cas :

Il s'agit de monsieur «abd lhafide » âgé de 43 ans, célibataire, il est le huitième d'une fratrie de neuf : trois sœurs et six frères ses parents sont décédés, il vit actuellement avec sa sœur et son neveu, c'est un toxicomane hospitalisé à plusieurs reprises notamment à Blida et a Bejaia, le patient a également été incarcéré à deux reprises la première en 2006 pour avoir poignardé et la deuxième en 2014, il souffrait d'une dépression sévère en 2006, en 2014 il a été condamné à cinq ans de prison mais après une expertise psychiatrique il a été transféré à l'hôpital psychiatrique de Blida.

Son parcours de vie est jalonné de ruptures, de souffrances non exprimées et de tentatives de recherche de repères. Dès l'adolescence, il est confronté à des fréquentations à risque et à un contexte social défavorable, ce qui le conduit à expérimenter les drogues dès 1994. Cette première prise de contact avec les substances psychoactives, probablement à des fins d'évasion ou d'auto-apaisement, marque le début d'un long processus de dépendance qui va s'intensifier au fil des années.

Sur le plan comportemental, Monsieur Abdelhafid présente des épisodes marqués d'instabilité, d'impulsivité et d'agressivité. En 2006, il est incarcéré pour avoir poignardé un homme, ce qui révèle une fragilité dans la gestion de la colère et un passage à l'acte comme mode d'expression de tensions internes.

Sur le plan psychiatrique, ses hospitalisations sont souvent motivées par des crises aiguës, des troubles de l'humeur (notamment des épisodes dépressifs sévères), des idées suicidaires répétées, et des comportements désorganisés dans l'environnement familial ou social. Malgré quelques périodes de rémission, son suivi thérapeutique demeure irrégulier.

Aujourd'hui, Monsieur « Abd elhafid » se trouve dans une phase de désorganisation psychique manifeste, avec un isolement social, l'absence de projet de vie structuré, et la persistance de la dépendance aux drogues font de lui un sujet à haut risque de rechute.

5.2. La présentation de guide d'entretien :

L'entretien de monsieur « Abd lhafid » s'est bien déroulé, sa tenue vestimentaire n'est pas bien soignée, mais sa façon de s'asseoir est correct, tous son corps tremblait et demeurant triste et inquiet.

En répondant à notre première question qui porte sur le nombre des membres de la famille le sujet nous rapportera qu'il a six frères et trois sœurs et son neveu qui l'aime trop.

Après, nous avons saisi l'occasion de lui demander de nous parler de leurs relations entre eux monsieur « Abd lhafid » disait « thibigh ayethma d isethma malgré imawlaniw mothen ma3na ayethma oyjanara mis n uletma toujours itassed ayizer » « j'aime mes frères et mes sœurs même si mes parents sont décédés il n'ont pas laissé seul mon neveu vient toujours me rendre visite » il ajouta « khedmegh les problemes lwahi d ljiran ma3na ayethma jamais

janiyi jamais 3yan zyi 3elmagh ayen ikhedmegh dirith mais ozmirghara ad controligh imaniw » « je provoque des problèmes avec les voisins mais mes frères me m'abandonnent jamais et ne se lassent pas de moi, je sais que ce que je fais n'est pas bien mais j'arrive pas à me contrôler», le sujet à exprimer son amour envers sa famille et son regret son impuissance de s'auto contrôler lors des épisodes d'humeur abaisser

Selon le patient, il est conscient de sa maladie et il sait tous ce qu'il lui arriver, dès 1994 lorsque il a commencé la consommation de substances sous l'influence de mauvaise fréquentation, il avait mal au cœur quand il voit son état et sa vie qui a détruite complètement disait « ur digri kra dunith iw trouh ifuth lweqth i kolech ur s3igh ara l'avenir» «il me reste rien plus rien ma vie est finie, il est trop tard pour tout je n'ai pas d'avenir », il nous a expliqué que la cause principale de son état c'est la mauvaise fréquentation, disait « la première fois i swigh la drogue ligh qimegh lwahi d yiwen n lhouma d netta iy dyefkan jerbegh s3igh imir 18 ans, g imir qimegh tconsomigh ar assa » « la première fois que j'ai consommé de la drogue j'étais assis avec un ami de même quartier c'est lui qui m'a proposé d'essayer, j'avais 18 ans et depuis ce jour-là je n'ai jamais arrêté».

On constat, que la mauvaise fréquentation c'est un facteur déclenchant, le sujet suit toujours un traitement prescrit par un psychiatre mais souvent consomme régulièrement de la drogue en parallèle, malgré l'avertissement de son médecin, disait « traitement yno tesuivighth des fois kn mais des fois sekhlateght lwahi d la drogue» « je suis mon traitement pas toujours et des fois je consomme en même temps de drogue », monsieur « Abd lhafid» affirme qu'il parvient parfois à s'arrêter la consommation de drogue pendant un an ou plus mais finit toujours par rechuter, disait «chaque fois ad fghegh g lhevs nagh g sbitar hebssegh toujours la consommation asegas negh akter mais teqalegh gher ghures » «chaque fois je sors de prison ou de l'hôpital j'arrete la drogue pendant plus d'un un mais je finis toujours par y retomber» il ajouta «achhal d abrid i seyagh ad suicidigh mais toujoursilla kra i yditetafen » « j'ai essayé de suicider plusieurs fois mais je n'ai jamais réussi ».

Le sujet présent une instabilité émotionnel, tristesse profonde, sentiment de culpabilité, un désespoir chronique, et une grande détresse intérieure exprimé par ces tentatives de suicide.

En répondant à notre question qui porte sur le déroulement de ses journées ou de sa vie quotidienne, monsieur «Abd lhafid » nous disait « tura dayi g sbitar la routine ganegh bien, tetegh bien, le calme, sofoghen agh gh jardin, thibigh adla3begh lcarta g la salle d'ergothérapie mais bghigh ad fghegh ad ughalegh akham iw ad 3ichegh une vie tranquille» «ici à l'hôpital la routine le je mange bien, je dors bien, on nous emmène aussi au jardin, j'aime jouer aux cartes dans la salle d'ergothérapie, mais je veux sortir et rentrer chez moi je veux vivre un vie tranquille »

Sur le plan social, le sujet a tendance de s'isoler pour plusieurs réseaux disait « ur tkhalategh ara ur s3igh ara imdukal parce que l3ibad twalinyid d amahbol, tjuginyi ljraniw

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

tprovokinyid bach ad naghegh i waken ad qlegh gher sbitar labud t3eyitegh g berra tdirogigh then » « je n'ai pas d'amis et je ne fréquente personne car les gens me considèrent comme un fou, ils me jugent, mes voisins me provoquent pour que je me dispute avec eux afin qu'ils puissent se plaindre de moi et me faire renvoyer à l'hôpital parce que je crie dans le quartier et je les dérange », l'entourage de sujet n'était pas compréhensif face à ce qu'il souffre d'après ce qu'il a dit on constat que le sujet est conscient de sa pathologie et ces actes.

A la fin il continu a parler de sa famille en disant :« uletma d mis i g qom A la fin il continu a parler de sa famille en disant :« uletma d mis i g qomen zeyi, mais la dernière fois d netath i sinan i gma awith gher sbitar parce que tugad ghef l3emris tes3a lheq ligh t3eyitegh bghigh dayen ad hevsssegh kolech ad qimegh tranquil parce que ayethma sa3yagh then didi » « ma sœur et son fils sont ce qui prennent soin de moi, mais la dernière fois c'est ma sœur qui a demandé à mon frère de m'emmener à l' hôpital car elle avait peur pour elle-même et elle avait raison je crias je veux arrêter la consommation et vivre en paix ».

On constat lors de l'entretien, que le soutien familial joue un rôle important dans la diminution des sévérités des symptômes et favorise la qualité de vie de sujet mais la non observance médicamenteuse et le jugement de son entourage fait partie des facteurs défavorisant.

A la fin il continu à parler de sa famille en disant :« uletma d mis i g qomen zeyi, mais la dernière fois d netath i sinan i gma awith gher sbitar parce que tugad ghef l3emris tes3a lheq ligh t3eyitegh bghigh dayen ad hevsssegh kolech ad qimegh tranquil parce que ayethma sa3yagh then didi » « ma sœur et son fils sont ce qui prennent soin de moi, mais la dernière fois c'est ma sœur qui a demandé à mon frère de m'emmener à l' hôpital car elle avait peur pour elle-même et elle avait raison je crias je veux arrêter la consommation et vivre en paix ».

On constat lors de l'entretien, que le soutien familial joue un rôle important dans la diminution des sévérités des symptômes et favorise la qualité de vie de sujet mais la non observance médicamenteuse et le jugement de son entourage fait partie des facteurs défavorisant.

5.3. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF:

Après les réponses d'Abd lhafid sur l'échelle WHOQOL_BREF, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Domain	Equation pour calculer score par domaine	Score brut	Score de 4 à 20	Score de 0 à 100	Interprétation qualitative
physique	(6-2)+(6-4)+3+4+3+3+1	(7_35)	20	46,43%	modérée
psychologique	2+1+2+4+2+(6-5)	(6_30)	12	25%	faible
social	3+3+2	(3_15)	8	41,67%	modérée
Environnementaux	1+2+1+3+2+1+4+3	(8_40)	17	28,13	faible

5.4. Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Monsieur Abd lhafid :

Domaine physique Score 46,43% Modérée : Monsieur Abd elhafid manifeste une certaine stabilité physique lors de son séjour à l'hôpital: il mange, dort, participe à des activités (ergothérapie, jeux). Cependant, sa dépendance persistante aux drogues, les tremblements corporels observés, les hospitalisations répétées et l'hygiène vestimentaire négligée réduisent notablement son bien-être physique. Le score moyen reflète une perception mitigée de sa santé somatique.

Domaine psychologique Score 25% faible: Ce domaine est le plus altéré. Le patient souffre de tristesse profonde, culpabilité, perte de sens, idées suicidaires récurrentes et absence de projet de vie. Sa conscience de l'impact de la drogue sur sa vie, son désespoir (ma vie est finie) et son instabilité émotionnelle marquée par la rechute chronique témoignent d'un mal- être psychique intense. Le score très bas confirme une grande détresse psychologique.

Domaine social Score 41,67% Modérée : Malgré un fort isolement et le rejet perçu du voisinage, le lien familial avec sa sœur et son neveu est un facteur protecteur important. Il exprime son amour pour ses proches et son regret de leur faire du mal, ce qui révèle un besoin affectif préservé. Le score traduit un soutien social limité mais significatif.

Domaine environnemental Score 28,13 faible: Monsieur Abd elhafid perçoit son environnement comme peu favorable. Le rejet social, les provocations des voisins, l'incompréhension de la communauté et l'enfermement en institution limitent sa liberté et son sentiment de sécurité. Il reconnaît néanmoins que l'hôpital lui apporte une certaine stabilité temporaire. L'absence de ressources extérieures ou de cadre de vie stable diminue fortement ce score.

5.5. Synthèse du WHOQOL-BREF :

La qualité de vie de Monsieur Abd elhafid apparaît fortement altérée, notamment sur les plans psychologique et environnemental. Il présente une grande souffrance émotionnelle, marquée par la tristesse, le désespoir, des idées suicidaires récurrentes, ainsi qu'une instabilité liée à sa dépendance chronique aux drogues. À cela s'ajoutent l'isolement social, la stigmatisation par le voisinage, et une mauvaise observance du traitement, qui limitent considérablement ses perspectives d'amélioration. Toutefois, certains éléments favorisent sa qualité de vie, comme le soutien affectif constant de sa sœur et de son neveu, sa lucidité face à sa maladie, et les bénéfices temporaires qu'il retire de l'environnement hospitalier. Ces facteurs protecteurs, bien que fragiles représentent des leviers importants pour initier une prise en charge globale, visant la stabilisation psychique et la réinsertion sociale.

6. Présentation du cas de Tourkia :

6.1. Présentation de biographie du cas :

Madame «Tourkia» âgée de 45 ans célibataire de 4 frères et 2 sœurs, son père est décédé tandis que sa mère est vivante, amenée à EHS en psychiatrie Oued-Ghir par son frère après une tentative de suicide.

D'après elle, elle a déclaré que «j'étais sur le toit et j'ai entendue des gens comploter pour me tuer, cela m'a fait très peur, si pour ça j'ai essayé de me suicider».

Le début de trouble c'est en 1998 suite à le suicide de son frère, marqué par une tristesse profonde, l'isolement, l'insomnie, les tentatives de suicide plusieurs fois et la timidité.

Durant cette hospitalisation, Tourkia présente une amélioration notable de son état, elle était stable sur le plan comportemental, aucune crise d'agitation, humeur stable mais d'après elle, elle refuse de quitter l'hôpital, cela reflète que Tourkia vit dans un environnement social défavorable moins de sécurité.

6.2. Présentation et analyse des données du guide d'entretien de Tourkia :

L'entretien de Madame «Tourkia» s'est bien déroulé, grâce à sa coopération après lui avoir expliqué le but de notre recherche.

En répondant à notre première question qui porte sur le nombre des membres de sa famille, le sujet nous rapport qu'elles sont de 4 frères et 2 sœurs « s3igh sin wayethematen g vava lewachul waḥi sin niten wachul snat teqchichin d ayethma n sah, s3igh yiwen n gemma imuth iqimed yiwen izwej, ultma tamzeyant tezwej mayela ulttma niten ttamutin am nekki» disait Tourkia D'après le sujet, elle savait qu'elle est malade à partir de la mort de son frère à l'âge de 25 ans, elle ne sentait pas bien elle avait du mal au cœur, elle pense que la seule solution de son état c'est le suicide , elle nous disait « moral-iw iqariyid ttina kan i la solution mi teghatiyyi yemma waḥi d ulttma, plusieurs fois seyagh ad neghagh imaniw s temrart, selk...).

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Tourkia présente une grande pudeur en lien avec la perte de la vision de son œil ce qui semble affecter son estime de soi lors de l'entretien, elle partage avec nous que cette cécité est survenue après le décès de son frère elle nous disait «uligh ara bekhir mi dreghlegh kerhegh imaniw ttesetehigh g le3mriw be3degh akkit f medden mi gemmout gmma swigh aman d savon l'eau de javile après tehlek thitiw derghlegh»(je suis pas bien, ça va pas toujours, j'ai développé un profond mal-être envers moi-même et j'évite les interactions sociales, un sentiment de honte m'envahit. Après le décès de mon frère, j'ai traversé une période de grande détresse au cours de laquelle j'ai ingéré de l'eau savonneuse et de l'eau de Javel. Cela a gravement affecté ma vue jusqu'à entraîner la cécité.) Cette tentative traduirait un profond désespoir et une détresse psychique intense.

Puis après nous avons l'occasion de lui demander de nous parler sur ses relations, elle nous dit que il y a que sa sœur et son frère qui l'a soutient et l'aident au quotidien cette présence familiale constitue une fragilité psychologique.

D'après l'entretien avec « Tourkia » parmi les facteurs favorisant sa qualité de vie le soutien de sa famille se présente comme un facteur favorisant une certaine stabilité émotionnelle, parmi les éléments contribuent à l'amélioration de son état, elle évoque notamment le fait de voir sa mère et sa sœur en voie de guérison, ainsi que les visites de son frère

A l'inverse, certaines situations viennent fragiliser son équilibre psychologique, en particulier les conflits entre son frère et sa sœur, qu'elle perçoit beaucoup d'angoisse, elle rapporte également des cauchemars fréquents dans lesquels des individus tentent de la tuer, ce qui entretient un climat de peur et alimente son anxiété.

6.3. Synthèse du cas :

Après l'analyse des résultats de l'entretien effectué avec le sujet. Le décès de frère de « Tourkia » a agi comme un événement déclencheur d'une souffrance psychique intense, débouchant sur une tentative de suicide, ce qui a affecté sa vie quotidienne.

6.4. Présentation et analyse des données de l'échelle de la qualité de vie WHOQOL_BREF :

Après les réponses de « Tourkia » sur l'échelle WHOQOL_BREF, nous sommes arrivés aux résultats suivants :

Tableau 6 : Les résultats de Madame Tourkia dans le WHOQOL_BRE

Domaine	Equations pour calculer les scores par domaine	Score bruts	Score de 4 à 20	Score de 0 à 100	Interprétation qualitative
Physique	(6-5)+ (6-5) +1+1+4+1+1	(7_35)	10	10,71 %	Très Faible

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

psychologique	1+1+2+1+1+ (6-5)	(6_30)	7	4,17%	Très Faible
social	3+3+1	(3_15)	7	33,33%	Modéré
environnementaux	1+1+3+1+1+2+4+4	(8_40)	17	28,13%	Faible

6.5 Analyse des résultats de l'échelle WHOQOL-bref :

D'après ce tableau voici une analyse approfondie des résultats de l'échelle WHOQOL-BREF pour Madame Tourkia :

1_ Domaine physique (Score : 10,71/100 — Très faible) : Ce score extrêmement bas reflète une dégradation importante de la santé physique. Cela peut s'expliquer par La fatigue chronique liée à sa détresse psychologique. Les séquelles de tentatives de suicide (notamment la perte de vision). Une possible négligence de sa santé corporelle due à une démotivation ou à un environnement peu soutenant.

2_ Domaine psychologique (Score : 4,17/100 — Très faible) : Ce domaine Il indique une souffrance psychique majeure, ce qui est cohérent avec les idées suicidaires persistantes, les hallucinations auditives et l'anxiété exprimée lors de l'entretien. On observe également une faible estime de soi, un désespoir chronique et une vision pessimiste de l'avenir.

3_ Domaine social (Score : 33,33/100 — Modéré) : Ce score légèrement supérieur peut s'expliquer par le soutien ponctuel de sa sœur et de son frère, malgré des conflits familiaux notables. Toutefois, l'isolement reste dominant, avec une vie sociale très restreinte

4_ Domaine environnemental (Score : 28,13/100 — Faible) : Ce score suggère un cadre de vie peu sécurisé (Tourkia refuse de quitter l'hôpital, ce qui reflète une insécurité à domicile). Un accès limité aux soins, à l'information ou à une vie stable. Une autonomie réduite dans la gestion de son quotidien

6.6. Synthèse du WHOQOL-BREF :

L'évaluation de la qualité de vie de Madame Tourkia à l'aide de l'échelle WHOQOL-BREF met en évidence une altération marquée dans l'ensemble des dimensions explorées. Les résultats témoignent d'une qualité de vie fortement compromise, notamment dans les domaines psychologique et physique, qui révèlent une détresse psychique importante, une symptomatologie dépressive persistante, ainsi qu'une perception négative de son état de santé général.

Ainsi que, le domaine social indique une interaction relationnelle limitée, où le soutien familial est présent mais fragilisé par des conflits et une communication restreinte. Le domaine environnemental reflète des conditions de vie précaires, un manque de ressources et une insécurité perçue qui renforcent la dépendance institutionnelle.

Discussions des hypothèses :

1_ Discussion de l'hypothèse générale :

D'après l'analyse des entretiens avec les six (06) sujets nous arrivons à la discussion de notre hypothèse principale qui vient répondre à notre question générale de notre problématique «Quels seraient les facteurs favorisant ou défavorisant en lien avec la qualité de vie qu'on pourrait identifier dans notre groupe de recherche? » notre hypothèse qui porte intitulé « parmi les facteurs favorisant la qualité de vie des sujets bipolaires on trouve une bonne observance médicamenteuse, le soutien social et parmi les facteurs qui défavorisent on l'arrêt du traitement, le stress et l'isolement social est confirmé les sujets comme M. Samir et M. Mennad , qui bénéficient d'un soutien familial solide et qui adhèrent au traitement, obtiennent des scores élevés (75 %),(66,67) dans le domaine des relations sociales. En revanche, Mme Tourkia était isolée et avait une faible observance du traitement, obtenant des scores très faibles dans les domaines physique (10,71 %) et psychologique (4,17 %). Elle exprimait des pensées sombres récurrentes et un manque total de planification, ce qui reflétait un déclin évident de sa qualité de vie.

Le lien entre l'environnement social et l'état mental était évident dans les témoignages, ce qui confirme l'idée que la qualité de vie dépend non seulement des symptômes, mais aussi des relations et du contexte familial.

2_ Discussion des hypothèses partielles :

Notre première hypothèse partielle qui intitulé «Les facteurs favorables réduisent les hospitalisations, augmentent l'autonomie et préviennent les complications» a été confirmée chez notre sujet M. Mourad, il a exprimé des projets personnels, ce qui indiquait une certaine planification pour l'avenir, élément essentiel de l'autonomie.

Malgré ses antécédents d'hospitalisation, son score de qualité de vie restait modéré, ce qui pourrait s'expliquer par le maintien d'un certain réseau social.

En revanche, M. Sofiane, qui était ingénieur, a montré un net déclin dans sa carrière et sa vie sociale. Malgré le soutien de sa famille, son expérience de la maladie a été marquée par la perte de statut et l'inaction. Cela montre que le soutien seul ne suffit pas si une personne ne dispose pas des ressources intérieures ou psychologiques nécessaires pour recevoir du soutien.

Par conséquent, même si des facteurs favorables jouent un certain rôle, leur efficacité dépend de la capacité des individus à intégrer et à utiliser activement ces facteurs.

Notre deuxième hypothèse intitulée «Les facteurs défavorables favorisent l'apparition de pathologies, la perte d'autonomie et l'hospitalisation.» a été confirmée. Certains sujets, comme Mme Tourkia et M. Abedlehafid, connaissent des rechutes répétées en raison du stress chronique, du rejet familial ou de l'isolement.

Des scores faibles sur les plans environnemental (26 %) ou psychologique (4 %) indiquent une susceptibilité à l'instabilité.

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

Les résultats de notre recherche confirment nos hypothèses que la qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire est multidimensionnelle et étroitement liée à des facteurs psychosociaux. Un soutien social solide, une adhésion au traitement, et un environnement stable sont des leviers essentiels d'amélioration. À l'inverse, l'isolement, la stigmatisation, et l'insécurité économique ou émotionnelle compromettent fortement le bien-être général et favorisent les rechutes.

3_ Tableau récapitulatif des résultats du six (06) cas :

Nom	Domaine physique	Domaine psychologique	Domaine social	Domaine environnemental	Qualité de vie global
Mourad	46,42%	58,33%	50%	37,5%	Moyenne
Sofiane	42,86%	45,83%	25%	37,5%	Moyenne
Abedlehafid	46,43%	25%	41,67%	28,13%	Très mauvais
Mennad	35,71%	58,33%	66,67%	37,5%	Moyenne
Samir	46,42%	45,83%	75%	21,88%	Moyenne
Tourkia	10,71%	4,17%	33,33%	28,13%	Mauvais

4_ Synthèse général sur les résultats du six (06) cas

L'analyse de ce tableau récapitulatif met en évidence des disparités notables dans la qualité de vie des six sujets. La majorité d'entre eux présentent une qualité de vie globale moyenne. Les quatre sujets (Mourad, Sofiane, Mennad et Samir) présentent une qualité de vie moyenne, tandis que Tourkia est évaluée à une qualité de vie mauvaise et Abedlehafid à une qualité de vie très mauvaise.

Plusieurs facteurs favorisent une meilleure qualité de vie chez certains sujets.

Le domaine social ressort comme un facteur positif important : les personnes ayant un bon réseau relationnel ou un bon niveau d'intégration sociale (comme Sofiane et Mourad) tendent à mieux vivre leur quotidien. De même, un état psychologique relativement stable, observé chez Mourad et Samir, semble aussi contribuer à une meilleure perception globale de la qualité de vie.

À l'inverse, certains facteurs défavorisent fortement la qualité de vie. Le domaine environnemental apparaît comme un point faible commun à l'ensemble des cas, avec des scores systématiquement bas, ce qui suggère que le contexte de vie (logement, sécurité, accès aux soins, etc.) est peu favorable. Par ailleurs, un état psychologique très dégradé, comme chez Abedlehafid, est un facteur déterminant de très mauvaise qualité de vie. Enfin, un niveau

Chapitre 4 : Présentation, analyse et discussion des résultats

très faible de bien-être physique contribue également à accentuer la vulnérabilité, comme en témoigne le cas d'Abdelhafid.

En conclusion, la qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire semble étroitement liée à un équilibre entre bien-être psychologique, relations sociales et conditions de vie matérielles. Le renforcement des soutiens dans ces domaines pourrait donc contribuer à une amélioration significative de leur qualité de vie.

Conclusion Générale

Conclusion générale

Notre recherche traite les facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire. À travers une approche théorique et une étude clinique de six (6) cas nous avons examinée l'impact de dimensions médicales, psychologiques, sociales et environnementales sur le quotidien de ces sujets.

En premier lieu, le trouble bipolaire est une pathologie qui caractérise par des fluctuations extrêmes de l'humeur, ces variations vont au-delà des hautes et des bas normaux et peuvent interférer de manière significative avec la vie quotidienne. Caractérisé par l'alternance d'épisodes maniaques et dépressifs, perturbe profondément le fonctionnement global et la perception de soi, notre étude a montré que la qualité de vie des personnes bipolaires ne dépend pas uniquement de l'état clinique, mais aussi du contexte social, familial et psychologique du patient.

En outre, la qualité de vie des personnes atteintes d'un trouble bipolaire peut être profondément affectée par plusieurs facteurs favorisant et défavorisant, une bonne observance du traitement, un entourage compréhensif, un bon soutien social, un accompagnement thérapeutique adapté, ainsi qu'un mode de vie équilibré sont autant d'éléments qui favorisent une meilleure stabilité et une vie plus satisfaisante. À l'inverse, l'instabilité de l'humeur les effets secondaires de traitement le manque de soutien social, l'isolement, le stress chronique, l'interruption du traitement peuvent aggraver la maladie et altérer profondément la qualité de vie.

En conséquent, nous avons mené ici un travail qui porte sur « les facteurs favorisant la qualité de vie des personnes souffrant d'un trouble bipolaire » nous avons réalisé notre pré-enquête et enquête au niveau du service psychiatrique de l'EHS d'Oued-Ghir, dans la wilaya de Bejaia, et afin d'atteindre nos objectifs qui consiste d'explorer ces facteurs, et de vérifier nos hypothèses nous avons opté pour la méthode clinique qui se caractérise par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas, nous avons utilisé au cours de notre pratique nous avons choisi l'entretien de recherche semi directif pour mieux appréhender notre thématique, et d'atteindre notre objectif qui est d'évaluer le niveau de la qualité de vie d'un groupe de personnes ayant un trouble bipolaire, ensuite démontrer certains souffrances des personnes atteintes ce trouble dans leur vie quotidienne, puis identifier les facteurs favorisant et défavorisant la qualité de vie de ces sujets, notre pré-enquête et enquête est basée sur l'échelle WHOQOL-BREF et des entretiens semi-directifs qui nous a permis d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses.

Après la collecte et l'analyse des données, nous avons confirmé nos hypothèses pour les 6 sujets «Mourad, Sofiane, Abedlehafid, Mennad, Samir, Tourkia» nous avons confirmé que certains éléments, tels que le respect du traitement, le soutien social et familial, l'accès à l'information sur la maladie et une prise en charge psychothérapeutique adaptée, améliorent significativement la qualité de vie des patients. En revanche, des facteurs comme l'isolement, les événements de vie stressants, l'arrêt du traitement ou le manque de ressources aggravent la symptomatologie et détériorent la qualité de vie. Nous avons constaté tout au long de notre recherche sur le terrain, la réduction de notre partie théorique mais également à la lecture des différentes études antérieures que la qualité de vie des personnes bipolaires dépend de divers facteurs parmi eux qui améliore leur quotidienne et qui détériore d'un autre côté.

Conclusion générale

Pour conclure nous souhaitons cette étude ouvre une voie et soit d'une contribution à autre étude antérieure étant donné que ce trouble est devenu courant, l'étude des facteurs qui contribuent à stabiliser la vie du patient est d'une grande importance, car elle lui offre la possibilité de mener un mode de vie stable est sain, de plus identifier les facteurs qui ont un impact négatif sur sa vie quotidienne et les limiter permettrait d'assurer un meilleur équilibre dans sa qualité de vie.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Les ouvrages :

- 1__ Benony, H & Chahraoui, Kh. (1999). L'entretien clinique. Paris : Dunod
- 2__ Benony, H. Chahraoui, K(2003). Méthodes, évaluation et recherche en psychologie Clinique. Paris : Dunod.
- 3__ Blanchet, A & Gotman, A. (2007). L'enquête et ses méthodes. Paris : Armand Colin.
- 4__ 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.
- 5_ Bruchon-Schweitzer, M. (2002). Psychologie de la santé. Paris : Dunod.
- 6__ Bruchon-Schweitzer, M & Boujut, E. (2014). Psychologie de la santé. Paris :Dunod.
- 7_ Castarède, M. (2013). L'entretien clinique à visée de recherche. France
- 8_ CAMH. (2014) « Le trouble bipolaire Guide d'information». EDITION REVISEE
- 9__ DSM5. (2015). Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux .Elsevier : Masson
- 10__ Fischer, N. (2002). Traité de psychologie de la santé. Paris : Dunod.
- 11_ Gagnon (2005) «L'Étude de Cas Comme Méthode de Recherche.» Québec Canada
- 12_. Guelfi, J.D, Rouillon, F. (2012). Manuel de psychiatrie (2è me édition). Paris : Elsevier Masson.
- 13__ Huber, G. (1993). Psychiatrie phénoménologique. Paris : Masson
- 14__ Mercier, M, Schraub, S. (2005) Qualité de vie : «quels outils de mesure ?» France
- 15_ Pardinielli, J. L., & Fernandez, G. (2015). L'étude de cas en psychologie clinique. Paris.Dunod.
- 16_ Sillamy, N. (2003). Dictionnaire de psychologie. Paris : Larousse
- 17_ Vassilis, K. (2015) «Manuel psychiatrie clinique et psychopathologique de l'adulte». France

Les Thèses :

- 18_ FORZAN. A, «le trouble bipolaire du sujet âgé : approches théoriques et pratiques des troubles cognitifs ». UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE. 20
- 19_ Océane.M(2022) « ADHESION MEDICAMENTEUSE DES PATIENTS ATTEINTS DE TROUBLE BIPOLAIRE étude au Centre Hospitalier Charles Perrens, axes d'amélioration possibles à l'officine » université BORDEAUX)

Liste bibliographique

20_Tazopoulou E, (2008), « Evaluation de la qualité de vie subjective Après un Traumatisme crânien : relation entre qualité de vie, Psychologique, stratégie D'ajustement et reconstruction identitaire », Université Paris 8

Nathalie.K (2009) « l'influence du trouble bipolaire sur les facteurs cognitifs et affectifs chez les patients adultes libanais » Université Saint-esprit de kaslik)

Les articles:

21_Alzahrni. H (2024) Understanding quality of life in bipolar disorder: associated factors and coping strategies. Vol (N°15) DOT 10, 3389/ F Psyg. 2024. 1484, 747)

22_Alloy.E, L. B., et al. (2015). Life stress and bipolar disorder: The impact of event characteristics and bipolar subtype. *Journal of Abnormal Psychology*, 124(1), 54-69.)

23_Anderson IM, Haddad PM, Scott J. Trouble bipolaire. *BMJ*. 27 déc. 2012; 345:e8508.

24_ David J. M. Sheri L. J (2009) « Social and Familial Factors in the Course of Bipolar Disorder: Basic Processes and Relevant Interventions». Doi : 10.1111/j.1468-2850.2009.01166.

25_ Fadoua Oueriagli. N, Abdesslam. B, Imane. A Fatiha. M, Fatima. A (2015) « les masques trompeurs de la bipolarité étude de 100 cas » DOI: 10. 11604 (Pamj, 2015, 21, 313, 5409).

26_ Felicity.N et al. (2007) «The effects of physical activity in the acute treatment of bipolar disorder: a pilot study» doi : 10.1016/j.jad.2006.11.014.

27_Geddes, JR et Miklowitz, D. (2013) « Traitement du trouble bipolaire.» Doi.org/10.1016/S0140-6736(13)60857

28_Hélène R- L. (2017) «Trouble bipolaire, auto-stigmatisation et restructuration cognitive : une première tentative de prise en charge.» Vol 27 – N° 4.Doi: 10.1016/j.jtcc.2017.06.003)

29_Chakrabartie. S (2016) « treatment adherence in bipolar disorder. » DoI : 10_5498/wjp, v6, i4, 399_409)

30__Joelle F. Bonté (2014) « troubles bipolaires : repérage et diagnostic en premier recours» HAS / Service Bonnes pratiques professionnelles

31_ Katia. M'B et Christian. G (2014) «Famille et troubles bipolaires» doi.org/10.3917/lav.bourg.2014.01.0541

32_ Larry. D et al (2012) «Peer support among persons with severe mental illnesses: a review of evidence and experience» doi: 10.1016/j.wpsyc.2012.05.009

33__ Nathalie. R, Richa. S, Salloum. S, Baddoura. C, Millet. B, Mirabel. S (2009) «Les facteurs de risque familiaux influençant le cours et l'évolution du trouble bipolaire : revue de la littérature» n 4 vol 19

34_ Marwaha et al. (2013) «Employment outcomes in people with bipolar disorder: à systematic review» doi : 10.1111/acps.12087

Liste bibliographique

- 35__Marrag.I, Hajji.K, Hadj Ammar.M, Zarrouk.L, Kachouri.R, Nas.M, (2015) «Trouble Bipolar type 1 et qualité de vie : étude transversale auprès de 104 patients tunisiens.» Vol (N°41) P. 355,361).
- 36__Martha. S, Rosalinda. VI, Jane. A. Kristin. A, Roknedin. S, Amy. M, Frédéric. B, (2008) « Predictors of non-adhérence among individuals with bipolar disorder receiving treatment in a community mental health clinic» Doi: 10.1016/j.comppsy.2008.06.
- 37_Miklowitz et al. (2007) «Psychosocial treatments for bipolar depression: a 1-year randomized trial from the Systematic Treatment Enhancement Program» Doi: 10.1001/archpsych.64.4.419
- 38_Miklowitz et al. (2003). «A randomized study of family-focused psychoéducatons and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. » doi: 10.1001/archpsyc.60.9.904
- 39_Mercier, Mamp;Schraub, S. (2005). «Qualité de vie : quels outils de mesure ?». In Revue-27es journées de la SFSPM, Deauville, vol (N°423), p418-421.
- 40_ Perich. T, at al (2019) «The relationship between social support and personal recovery in bipolar disorder» DOI: 10.1037/prj0000319
- 41_ Tatiana. Kh, Gabriel. B, Michelle. S, Bernardo. G, Beny. L, 2021, « quality of life and clinical outcomes in bipolar disorder: an 8 year longitudinal Study». Vol (N° 278), P239 243).

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien :

Renseignement générale :

- Prénom ?
- L'âge ?
- Niveau d'instruction ?
- Est-ce que vous exercé un travail ?si oui quel est votre profession ?
- Milieu de résidence
- La situation familial (marier, célibataire, nombre d'enfant) ?
- Avez-vous des frères et sœurs ?
- Quel est votre emplacement dans la fratrie ?

Axe 01 : Antécédent d'hospitalisation

- Combien de fois êtes-vous hospitalisé dans d'autres services psychiatrie ?
- Si oui, quelle sont les raisons ?
- Quelle est la durée de votre hospitalisation dans chaque service ?
- Avez-vous été suivi par un psychiatre déjà ?
- Avez-vous déjà suivi un traitement ?
- Parler nous de votre état de santé avant la première hospitalisation ?

Axe 02 : L'hospitalisation actuelle

- Quels étaient les raisons de votre hospitalisation actuelle ?
- Combien de fois êtes-vous hospitalisé dans ce service ?
- Depuis quand êtes-vous hospitalisé dans ce service ?
- Vous suivi un traitement ? Le quelle ?
- vous pensez quoi sur ce service ?

Axe 03 : (information sur le trouble et la qualité de vie)

A. sur le plan personnel :

- Comment vous sentez actuellement ?
- Quand est ce que votre maladie est apparue ?
- Avez-vous des personnes dans la famille qui ont présenté ce trouble ?

Annexes

- c'est quoi votre maladie ?
- Comprenez bien votre trouble ? Et comment le guérir ?
- Êtes-vous satisfait de votre stabilité émotionnelle
- Vous sentez-vous capable de guérir votre anxiété et votre stress ?
- comment évaluez-vous Votre état de santé général ?
- Quels est l'impact de votre pathologie sur votre pensées, votre estime de soi, votre regard a la vie ?
- parler nous sur votre état de santé physique ?
- parler nous sur votre qualité de sommeil et l'alimentation
- quels sont les changements que vous constatez avant et après votre maladie ?
- Quelle sont vos difficulté quotidienne ?
- Avez-vous des pensée négative qui affectent votre bien être au quotidien ?
- Avez-vous de temps pour pratiquer des activités qui vous plaisent ?

B. Sur le plan social :

- vous sentez-vous soutenu par vos proches ou amies ?
- Quelle sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ?
- qui vous accepte tel que vous êtes ? C'est-à-dire avec vie bon et mauvais côté ?
- Quel est l'impact de votre pathologie sur vos relations familiales et sociales ?
- Êtes-vous satisfaite de vos relations familiales ?

C. Sur le plan professionnel :

- Votre état de santé vous empêche-t-il d'attendre vos objectifs professionnels ?
- Quel est l'impact de votre pathologie sur vos relations professionnelles ?
- Quels sont les facteurs qui vous aident à améliorer votre quotidien et qu'est-ce que le détériore ?

Annexe 2 : Guide d'entretien : traduit en kabyle

Renseignements générale :

- Amek issem-im (ik) ?
- aḥal deg leemmer-ik (im) ?

- anda tewwǧed deg leqraya ?
- tettǧǧed yakan axeddim ? Ma yella ih, dacu-t ?
- anda zedeghed g tadart negh g la ville
- tjewjed ?
- tessid atmaten d tsetmatin ? Achehal i teklasit zeysen

Axe 01: Antécédents d'hospitalisation

- Aǧhal dabrid itkechemed gher les services niten (Sbitarath niten)
- D acu i Sebba ?
- Achehal i teqimt g chaque sebitar ?
- Thelit déjà tterohut gh psychiatre ?
- Tetteswivit un traitement (dewa) ? D acut ?
- Hedraghed ghef sehak ynek uqbel atkechemet gher sebitar amnzu akkit ?

Axe 02: l'hospitalisation actuelle

- D achu i d sebba i k- yejjan tekchemet gher sebitar ayi ?
- Achehal d abrid id kechemed gher sbitar ayi ?
- Ayweq i d kechemed gher dayi ?
- D achu ithenit g sebitar ayi, tufit imanik dayi ?

Axe 03 : (informations sur le trouble et sur la qualité de vie)

A.Sur le plan personnel :

- Thura amek i ttehusud ?
- Ayweq i kedyebda lehlak ayi ? Amek ?
- Thes3it hed g tefamilt ik ihlek yakan lehlak ayi ngh khati ?
- D achut lehlak ik ?
- Tefehmet lehlak ik ngh khati ? Amek i ttem3amalet dides ?
- Tezmert attem3amalet waḥid leqelqa ynek ngh khati ?
- Amek i tettwaliǧ lehala n seha ynek ?
- Amek i yeather lehlak ayi ghef ttekhemam-ik le3mr-ik ghef tudert-ik ?
- Hedraghed ghef sehak ynek (tafekka) ?
- D achu i yemekhalafen g tudert-ik uqbel waḥid meb3ed lahlak ayi ?

Annexes

- D achu i d i3ewiqen i tes3it deg tudert-ik n yal ass ?
- Tes3it ttekhemam n diri yetteathiren ghef tudert-ik n yal ass ngh khati ?
- Tes3it lweqt attekhedmet tighawesiwin i Themleđ ngh khati ?

Sur le plan social

- Ttehusut belli le3ibad i kediqreben tte3awanenk am yimdukal- ik ngh khati ?
- Menhu le3ibad i tezmert atteklet fellasen negh asenttela3it asmi ara tuḥwajeđ kra ?
- Menhu i kiqblen s coté ynek le3ali waḥid d win n diri ?
- Amek i yetathir lehlak f le3qath-ik waḥi tefamilt-ik waḥi g berra dagheni ?
- Tettwaliđ le3alaqath-ik waḥi tefamilt-ik le3alihent ngh khati ?

B.Sur le plan professionnel :

- Lehlak ayi i hebsik ghef wayen i itebghiđ attawtet g lekhedma ynek ngh khati ?
- Amek i yeather lehlak ayi ghef le3alaqath ik g lekhedma ynek ?
- D acu lehwajej i kedittaran tudert-ik n kulas le3alit ?
- D acu lehwajej i yesettewaghayen tudert-ik n yal ass ?

Annexe 3 : Questionnaire : WHOQOL-BREF :

Date • Nom • Prénom •

1. Comment évaluez-vous votre qualité de vie ?	Très faible	Faible	Ni faible ni bonne	Bonne	Très bonne
2. êtes-vous satisfait (e) de Votre santé ?	Très Insatisfait	Insatisfait	Ni satisfait (e) ni insatisfait (e)	Satisfait (e)	Très satisfait (e)
3..La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?	Pas de tout	Un peu	Modérément	Beaucoup	Extrêmement
4. Avez-vous besoin					

Annexes

d'un traitement médical quotidiennement ? 5. Aimez-vous votre vie ? 6. Estimez-vous que votre vie a du sens ? 7. Etes-vous capable de vous concentrer ? 8. Vous sentez-vous en sécurité dans votre vie quotidienne ? 9. Vivez-vous dans un environnement sain ? 10. Avez-vous assez d'énergie dans votre vie quotidienne ? 11. Acceptez-vous votre apparence physique ? 12. Avez-vous assez d'argent pour satisfaire vos besoins ? 13. Avez-vous accès aux informations nécessaires pour votre vie quotidienne ? 14. Avez-vous souvent l'occasion de					
--	--	--	--	--	--

Annexes

pratiquer des loisirs ?					
15. comment arrivez-vous à vous déplacer ?	Très difficilement	Difficilement	Assez facilement	Facilement	Très facilement
16. Etes-vous satisfait(e) de votre sommeil ? 17. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?	Très insatisfait (e)	Insatisfait (e)	Ni insatisfait (e) ni satisfait (e)	Satisfait (e)	Très satisfait (e)
18. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ? 19. Etes-vous satisfait(e) de vous ? 20. Etes-vous satisfait(e) de vos relations avec les autres ? 21. Etes-vous satisfait(e) de votre vie sexuelle ? 22. Etes-vous satisfait(e) du soutien de vos amis ? 23. Etes-vous satisfait(e) de votre lieu de vie ? 24. Etes-vous	Très insatisfait (e)	Insatisfait (e)	Ni insatisfait (e) ni satisfait (e)	Satisfait (e)	Très satisfait (e)

Annexes

satisfait(e) de votre accès aux services de santé ? 25. Etes-vous satisfait(e) de votre moyen de transport ?					
26. Avez-vous souvent des sentiments négatifs tels que la mélancolie, le désespoir l'anxiété ou la dépression ?	Jamais	Parfois	Assez souvent	Très souvent	Tout le temps

Annexe 4 :WHOQOL-BREF : Traduit en Kabyle.

Date • Nom •
Prénom.....

Annexes

1. Amek i tettwalid tudert-ik (im)?	Diri-tt mlih	Diri-tt	Ur diri-tt ur l3alitt	L3alit	L3alitt mlih
2. Tettwaqenæd s tezmert-ik (im)?	Ur Ttwaqenæy ara mlih	Ur Ttwaqenæy ara	Ttwaqenæy Ur Ttwaqenæy	Ttwaqenæy	Ttwaqenæy mlih
3. Lqerh i yellan deg tfeka-Ynek (ynem) tqetæak ad tæelled ayen itebghid ? 4. Tuhwajed dwa yall ass? 5. Tthemled tudert-ik (im)? 6. Ttehusut belli tudert-ik (im) tesæa anamek? 7. Tzemred ad trekzed? 8. Tettħussud iman-ik (im) deg laman deg lehyat-ik (im)? 9. Tettidired deg tewnaṭ zeddigen ? 10. Teseid atas n lehrara deg tudert-ik (im) n yal ass? 11. Tqebleḍ s tfekka-inek (inem)? 12. Teseid atas n idrimen i Wakken ad tawid ayen tuhwajed? 13. Teseid atas n	Maṭṭi	Cwiya	L3ali-tt	Aṭas	Aṭas mlih

Annexes

talyut yef tudert- ik (im) n yal ass? 14. Tesseq lweqt i wakken ad txedmed ayen i Themled?					
15. Amek itsawaded i wakken ad teddu?	Yuɛer mlih	Yuɛer	Yeshel cwiya	Yeshel	Yeshel mlih
16. Tettwaqenɛd s nuddem ik ? 17. Tettwaqenɛd S tezmert-ik i Wakken txedmed lecyalat ik n yall ass?	Ur Tttwaqeney ara mlih	Ur Tttwaqenɛy ara	Tttwaqenɛy ur Tttwaqenɛy ara	Tttwaqenɛy	Tttwaqenɛy mlih
18. Tettwaqenɛd s tezmert-ik i wakken txedmed lecyalat ik deg lxxedma ? 19. Tettwaqenɛd s leemer ik? 20. Tettwaqenɛd s wassay Ik wahid weyid? 21. Tettwaqenɛd s wassay Ik? 22. Tettwaqenɛd s usalel n yimdukakal ik? 23. Tettwaqenɛd s umkan anda tzedyed? 24. Tettwaqenɛd Asma ara Tkecmed yer sbitar n tezmert? 25. Tettwaqenɛd s wallal n usenqel?	Ur Tttwaqenɛy ara mlih	Ur Tttwaqenɛy ara	Tttwaqenɛy ur Tttwaqenɛy ara	Tttwaqenɛy	Tttwaqenɛy mlih

Annexes

26. tes3id daymen ifran n diri am uqeleq?	Xaṭi	Tiswiɛin	Tiswiɛin cwiya	Tiswiɛin mliḥ	Mkul lweqt
--	-------------	-----------------	---------------------------	--------------------------	-----------------------

Résumé

Ce mémoire traite des facteurs favorisant ou défavorisant la qualité de vie des personnes atteintes de trouble bipolaire. À travers une étude menée au sein du service de psychiatrie de l'EHS de Oued Ghir, l'objectif est d'évaluer les éléments qui influencent positivement ou négativement le bien-être de ces patients.

Les résultats montrent que le soutien social, l'adhésion au traitement et la stabilité émotionnelle améliorent significativement la qualité de vie, tandis que le stress, l'isolement et l'arrêt du traitement l'altèrent. Cette recherche souligne l'importance d'une prise en charge globale et adaptée, centrée sur les besoins psychologiques, médicaux et sociaux des patients bipolaires.

Abstract

This thesis explores the factors that positively or negatively affect the quality of life of individuals with bipolar disorder. Through a field study conducted at the psychiatric department of EHS Oued Ghir, the objective is to assess how psychological, social, and therapeutic elements impact patients' well-being.

The findings reveal that social support, adherence to treatment, and emotional stability significantly improve quality of life, while stress, isolation, and treatment interruption contribute to its decline. This research highlights the importance of a comprehensive and multidisciplinary approach that addresses the psychological, medical, and social needs of individuals living with bipolar disorder.