



Université Abderrahmane Mira de Bejaia

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire de Fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de Master en

Psychologie clinique.

Thème :

La qualité de vie chez les personnes atteintes

de trouble obsessionnel-compulsif (TOC)

étude de 7 cas au centre intermédiaire des soins

aux toxicomanes Ihaddaden-Bejaia.

Réalisé par :

- AMMARI Sarah
- AMZAL Souhila

Encadré par :

M. HADBI Mouloud

Année universitaire : 2016/2017

Remerciements

Avant tout, on remercie le bon dieu, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté afin d'aboutir à l'accomplissement de ce travail.

Au terme de ce modeste travail nous tenons à exprimer notre profonde gratitude et nos vifs remerciements à notre encadreur M. HADBI Mouloud, pour la confiance qu'il nous accordée tout au long de la recherche à la réalisation de ce travail, et pour ses conseils et sa disponibilité et la patience dont il a fait preuve pour l'accomplissement de ce mémoire.

Nous remercierons également les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail, ainsi les enseignants du département des sciences sociales pour leurs rôles important dans notre formation.

Nos remerciements vont aussi aux personnels du centre de Toxicomanie (CIST) d'Ihaddaden de la wilaya de Bejaia, et surtout M^{me}. ABBOU Loubna pour son aide efficace et sa disponibilité totale, qui nous a vraiment aidées durant la période du stage.

Ainsi qu'aux personnes malades qui nous ont fait confiance et leur consentement dans notre recherche.

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail en signe de respect et de reconnaissance :

- ✓ A mes chers parents*
- ✓ A mes sœurs : Maissa et Dalia.*
- ✓ A ma cousine : Aida.*
- ✓ A mon fiancé Hamid.*
- ✓ A ma binôme Souhila.*
- ✓ A mes amis, et à toute personne qui m'ont soutenu pendant la réalisation de ce travail.*

SARAH

Dédicace :

Je dédie ce modeste travail en signe de respect et de reconnaissance :

- ✓ *A la mémoire de mon père que dieu aie pitié de son âme et l'accueil dans son vaste paradis.*
- ✓ *A ma très chère et gracieuse mère.*
- ✓ *A mes sœurs : Fouzia et son marie Larbi, ainsi qu'a Rima et son marie Sofiane, et Maya.*
- ✓ *A mon frère Bilal et sa femme Iméne.*
- ✓ *A mes nièces : Alyne et Aniéce.*
- ✓ *A ma binôme Sarah.*
- ✓ *A mes amis, et à toute personne qui m'ont soutenu pendant la réalisation de ce travail.*

SOUHILA

Sommaire

Liste des abréviations.....	1
Liste des tableaux.....	2
Introduction.....	4
1. Problématique et hypothèse.....	8
2. Définition et opérationnalisation des concepts.....	13

Partie théorique

Chapitre 1 : Trouble Obsessionnel-Compulsif.

Préambule	18
1. historique.....	18
2. Définition du TOC : selon le DSM-IV et la CIM-10.....	20
3. Comorbidité	20
4. Critères diagnostic selon le DSM-IV et la CIM-10.....	22
5. Diagnostic différentiel	25
6. Les modèles théoriques	26
7. Les formes cliniques du TOC	32
8. clinique du TOC	35
9. Catégories des symptômes obsessionnel-compulsif	36
Synthèse	39

Chapitre 2 : La qualité de vie

Préambule	41
-----------------	----

1. Histoire et évolution.....	41
2. Définition et conception.....	45
3. Les différents aspects conceptuels de la qualité de vie.....	49
4. Les domaines de la qualité de vie.....	51
5. La qualité de vie liée à la santé	54
6. Les mesures de la qualité de vie.....	55
Synthèse.....	59

Partie pratique

Chapitre 3 : méthodologie de la recherche

Préambule	62
1. La pré-enquête.....	62
2. La méthode de recherche	63
3. Présentation du lieu de stage	64
4. Les caractéristiques du groupe de recherche.....	65
5. Tableau récapitulatif des cas étudié.....	66
6. Les outils de recherche	66
7. La présentation du questionnaire	68
8. Le déroulement de l'enquête	72
9. Les Difficultés rencontrées durant la recherche	73
Synthèse.....	73

Chapitre 4 : présentation et analyse des résultats, et discussions des Hypothèses

1. Présentation et analyse des résultats.....	75
2. Discussion des hypothèses.....	105
Synthèse	106
Conclusion.....	108

Bibliographie

Annexes

Liste des abréviations :

- AR: Arthritis Rheumatoid.
- AIMS : L'Association pour l'Amélioration des Services de Maternité
(Association for Improvements in the Maternity Services)
- CIM : Classification International des troubles des Maladies.
- CIST: Centre Intermédiaire des Soins aux Toxicomanes.
- DAS: Direction d'action Social.
- DSM : Manuel Diagnostique et statistique des troubles Mentaux.
- EPSP : Etablissement Publique de Santé de Proximité.
- ÉMIR: échelle de mesure de l'impacte de la polyarthrite rhumatoïde.
- EORTC: European Organization for Research and Treatment of Cancer
- I OLA: International quality of life assessment.
- ISRS : Inhibition Sélectifs du Recaptage de la Sérotonine.
- NHP: The Nottingham Health Profile.
- OMS : organisation mondiale de la santé.
- QIC : Qatar Insurance Company.
- Q DV : qualité de vie
- SAS : Social Ajustement Scal
- SFQ : Social Functioning questionnaire
- SFS : Social Functioning Schedule.
- SCL-90 : Symptôme Check-list.
- SF-36: The short Forme-36.
- TAN : Tonically Active Neurons.
- TCC : Thérapie Cognitivo-Comportementale.
- TCA : Trouble de Conduite Alimentaire.
- TOC : Trouble Obsessionnel Compulsif

La liste des Tableaux :

Numéro du Tableau	Le titre	Page
Tableau n°1	Récapitulatif des cas étudiés	66
Tableau n°2	Grille de calcul WHOQOL-BREF	71
Tableau n°3	Plus petit et plus grand scores du WHOQOL-BREF en fonction domaines	72
Tableau n°4	Les résultats de « Mlle. D » obtenus dans le WHOQOL-BREF	78
Tableau n°5	Les résultats de « Mme. R » obtenus dans le WHOQOL-BREF	82
Tableau n°6	Les résultats de « Mlle. N » obtenus dans le WHOQOL-BREF	86
Tableau n°7	Les résultats de « M. K » obtenus dans le WHOQOL-BREF	91
Tableau n°8	Les résultats de « Mme. S » obtenus dans le WHOQOL-BREF	95
Tableau n°9	Les résultats de « Mlle. W » obtenus dans le WHOQOL-BREF	99
Tableau n°10	Les résultats de « Mlle. C » obtenus dans le WHOQOL-BREF	103

Introduction

Sommes-nous maîtres de nos pensées ? De toute évidence, non. La pensée ne s'arrête jamais, même durant le sommeil. Toutefois, la pensée consciente n'est qu'un produit final dont l'origine et la trajectoire nous sont inconnues.

Chacun peut faire l'expérience de la pensée obsédante, un thème musical, un tube, hante la mémoire jusqu'au moment où il s'en va comme il était venu.

Ces obsessions ont un caractère plaisant, ou sont une façon très professionnelle de répéter et de travailler. Mais parfois, tout comme un ordinateur déréglé, l'écran de notre conscience affiche des informations totalement imprévues, pénibles que nous sommes obligés de subir et contre lesquelles nous luttons, c'est par ce refus et cette lutte que se constituent les obsessions. (J. Cottraux, 1998, P. 9)

Le trouble obsessionnel compulsif est un problème de santé mentale invasif et persistant, c'est une maladie assez fréquente dans la population générale et dans la clinique psychiatrique, et qui affecte environ 1 à 3% de la population adulte. Il est caractérisé par des pensées obsédantes, ou pensées intrusives et anxiogènes, qui sont répétitives, involontaires et difficile à contrôler, la lutte contre ces obsessions se traduit par des actes répétitifs : les compulsions. Le sujet obsessionnel est tout à fait conscient de l'absurdité et de l'exagération de ses comportements répétitifs, mais il se sent obligé de les exécuter. (S. N. Yao, 1999, P. 5)

Parmi les compulsions courantes, notons la propreté et les vérifications excessives ou les rites mentaux tels que la prière et le besoin de répéter des mots ou de compter. Ces activités ou ces pensées aident à calmer l'appréhension et l'anxiété associées aux obsessions. Les personnes atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif souffrent de leurs pensées obsessionnelles et de leur comportement compulsif. Elles évitent parfois les situations qui risquent de déclencher des symptômes et, sachant que leurs pensées et leurs actions sont

irréalistes, elles ont parfois de la difficulté à communiquer leurs préoccupations ou à rechercher de l'aide pour résoudre leurs problèmes. (N. A. Rector et al, 2001, P. 5)

Le TOC consomme beaucoup de temps et d'énergie chez la personne qui en souffre et cela entraîne des conséquences négatives au niveau du fonctionnement, des relations interpersonnelles, de l'emploi et de la qualité de vie. (M. Beland, 2012, P. 1)

Pour réaliser notre travail qui porte sur le thème « qualité de vie chez les personnes atteintes de trouble obsessionnel compulsif », nous nous sommes orienté vers le centre de Toxicomanie de Ihaddaden- Bejaïa, dans le but d'atteindre notre objectif de recherche qui est d'une part comprendre le degré de sévérité des obsessions et compulsions, et d'autre part évaluer et connaître l'effet des troubles obsessionnels-compulsifs sur la qualité de vie des personnes qui présente ce trouble.

Nous avons choisi les troubles obsessionnels-compulsifs comme sujet d'étude, car c'est une pathologie assez fréquente et qui soulève plusieurs interrogations, celle-ci ont orienté notre réflexion vers différentes questions. En effet il nous a semblé important d'expliquer les différentes pensées, comportements et cognitions des sujets ayant ce trouble.

Pour atteindre notre objectif, nous avons organisé un plan du travail, dont on a commencé par une problématique et hypothèse, définition et opérationnalisation des concepts, et après on a divisé notre travail en deux parties : **la partie théorique** qui est subdivisé en deux chapitre, **le premier** concerne la l'histoire, les troubles associées, définition et la description clinique selon le DSM 4, et les divers modèles explicatifs de ce trouble élaborés par les différentes théories psychologiques, ainsi les différentes formes clinique du toc...et enfin une conclusion du chapitre.

Dans **Le deuxième** chapitre qui est la qualité de vie, nous présenterons la définition de la qualité de vie, sa conceptualisation, la typologie des instruments

Permettant d'en appréhender une mesure.

La partie pratique de notre travail, est composé de deux chapitre ;

Le premier est consacré à la méthodologie de recherche ou on parle sur la méthode clinique, l'étude de cas, les outils de recherche utilisé, lieu et groupe de recherche, présentation du questionnaire, et déroulement de l'enquête, et on terminera avec une conclusion du chapitre.

Le deuxième chapitre se subdivise en deux parties ; le premier concerne la présentation et analyse des différents résultats obtenus, la deuxième partie est consacré a la discussion des hypothèses, qu'on a suggérer au début de notre recherche. Ensuite on terminera par une conclusion générale.

PROBLÉMATIQUE
ET
HYPOYHÈSE

Chacun de nous tient à certaines choses, que ce soit l'ordre, la propreté, les biens matériels ou le travail bien fait ; en poursuivant la réalisation ou l'acquisition peut-être estimable, mais les placer au-dessus de tout devient une obsession. Le TOC, ou trouble obsessionnel compulsif, est aujourd'hui reconnu par l'ensemble des professionnels de santé comme étant une maladie à part entière, source de souffrance, d'handicape et qui atteint des milliers de personnes. Cette maladie, composée de pensées obsédantes et de comportements compulsifs.

Le Trouble obsessionnel-compulsif (TOC) constitue sans doute le trouble anxieux le plus grave et le plus incapacitant. Il est caractérisé par la présence d'obsessions récurrentes à l'origine d'une anxiété le plus souvent sévère et éprouvante que le sujet cherche à diminuer en se servant de divers moyens appelés stratégies de neutralisation. Celles-ci, nommées parfois comportements sécurisants, peuvent prendre différentes formes dont celle de compulsions ou rituels. (L. Chaloult et all, 2014. P. 5)

Jul Falret (1866) décrit le toc sous le terme de « folie du doute » pour lequel le fond véritable de cette maladie mentale consiste surtout dans une disposition générale de l'intelligence à revenir sans cesse sur les mêmes idées ou sur les mêmes actes, à éprouver le besoin continuel de répéter les mêmes mots ou d'accomplir les mêmes actions, sans jamais réussir à se satisfaire ou à se convaincre, même par l'évidence.

En (1875), Henri Legrand du Saulle ajoute à cette folie du doute la notion de délire du toucher où le doute est encore présent, bien que transformé et mis au service des craintes du contact. (J.P. Boulenger, J.P. Lépine, 2014, P. 23)

Selon Carr (1974) le Toc découle d'une surestimation de danger irréalistes chez les obsessionnels. Ce concept de « surestimation de dangers », est une évaluation individuelle résultant d'une implication négative du contexte ou vit le sujet. (S.N. Yao, 1999, P. 16)

La surestimation du risque chez les TOC a été soutenue par le constat que les obsessionnels étaient plus prudents à s'engager dans les activités risquées que les autres groupes atteints d'autres maladies mentales. (S.N. Yao, 1999, P. 16)

Ce trouble qu'on croyait autrefois comme relativement rare est pourtant répandu puisque des études épidémiologiques montreraient que la prévalence du TOC vie entière se situe entre 1,9 % et 3,2 % dans la population générale. La prévalence situe le TOC au quatrième rang de fréquence parmi les troubles psychiatriques, après les phobies, la dépendance à l'alcool et aux drogues, et les troubles dépressifs.

Il y a globalement autant d'hommes que de femmes qui souffrent du TOC. C'est une maladie du sujet jeune puisque 65 % des patients adultes décrivent un début avant l'âge de 25 ans et environ 1/3 dès l'enfance. L'âge de début est typiquement entre 8 et 18 ans, en moyenne à l'âge de 12 ans. La maladie débute après 35 ans chez seulement 15 % des patients (F. saint-pierre. 2005, P. 17)

Dans le TOC on retrouve deux types de population peuvent être distinguées. La première, la plus importante, concerne des sujets avec un âge de début précoce et une apparition progressive des manifestations obsessionnelles et compulsives. La seconde concerne des patients présentant un TOC de survenue plus tardive (25-40 ans) avec une apparition rapide des troubles, le plus souvent à la suite d'un événement de vie traumatisant ou d'un épisode dépressif caractérisé. (A. Tort, 2015, P. 4)

Des études ont retrouvé une durée moyenne de 2 ans et demi entre le début des symptômes et le diagnostic aux Etats-Unis (Geller et al, 2006) voire même plus longue en Allemagne (Walitza et al, 2011). Une des raisons de ce retard est le secret. Les patients ressentent souvent de la honte ou de la culpabilité vis-à-vis de leurs comportements et les cachent jusqu'au moment où Ceux-ci perturbent leur vie quotidienne. (P.G de Alvarenga et all, 2012, P. 5)

Le TOC est rarement une pathologie isolée, mais le plus souvent associé à d'autres affections psychiatriques parmi lesquelles les troubles de l'humeur, avec la dépression majeure (67%) ou le trouble bipolaire (13%), et les troubles anxieux, qu'il s'agisse des phobies spécifiques (22%), de la phobie sociale (18%) ou le trouble panique (12%). (B. Aouizerate, J.Y. Rotgé, 2007, P. 1).

Les répercussions du trouble obsessionnel-compulsif sur la qualité de vie d'un individu sont énormes. Ce trouble peut perturber chaque aspect de la vie d'une personne, notamment sa façon de penser, ses sentiments et son comportement. (N.A. Rector et al., 2001, P. 2)

Le TOC s'avère d'intensité sévère, voir très sévère dans des cas, avec Le retentissement que l'on sait sur le fonctionnement socioprofessionnel et familial, d'où une fréquence plus marquée des sujets séparés, divorcés ou sans emploi, et une détérioration majeure de la qualité de vie. (B. Aouizerate, J.Y. Rotgé, 2007, P. 2)

La qualité de vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé, sociaux, environnementaux, économiques, politiques. (G.N.Fischer, 2002, P. 283)

Selon (Dickerson et coll. 2008) La qualité de vie réfère au bien-être et au statut fonctionnel selon une perspective individuelle. Elle est parfois perçue comme le seul enjeu important par les personnes qui ont des conditions médicales persistantes telles des problèmes de santé mentale.

Les symptômes négatifs de la maladie (repli sur soi, perte d'initiative, diminution de la participation dans des activités traditionnelles, altération des

capacités à communiquer, à aller vers l'autre et à prendre du plaisir) sont inversement proportionnels à la qualité de vie. (A. Simard, 2011, P. 9)

Dunand A.C et al. (2001) expliquent que la qualité de vie pourrait être liée à l'anxiété et à la manière dont le patient vit sa maladie et non à la fréquence et sévérité de ses crises. L'anxiété due au caractère imprévisible des crises et à la perte de la maîtrise de soi, c'est un facteur clé du handicap psychosocial généré par la maladie. L'anxiété retentit directement sur la qualité de vie. (A. Gauchet, 2015, P. 16)

Notre travail avait pour objectif de mieux déterminer et comprendre la qualité de vie chez les personnes présentant des troubles obsessionnels compulsifs qui fait parti des troubles anxieux selon la classification américain des troubles mentaux (DSM).

Ainsi, On arrive à la formulation de notre problématique à travers la question suivante :

- **Est-ce que les Troubles obsessionnels compulsifs influencent la qualité de vie des personnes atteintes de ce trouble ?**

Hypothèse générale :

- Les Troubles obsessionnels compulsifs affectent négativement la qualité de vie des personnes ayant ce trouble.

DÉFINITION
ET
OPÉRATIONNALISATION
DES CONCEPTS

1. Définition des concepts clés et leurs opérationnalisations :

1.1. définition du Trouble obsessionnel-compulsif :

Le trouble obsessionnel compulsif est caractérisé par des pensées ou des rituels répétitifs qui s'imposent au sujet contre sa volonté de façon gênante pour la vie quotidienne. Résister aux rituels ou aux pensées provoque une anxiété massive. (M. Lanteri-Minet, 2007, P. 28)

1.1.1. Opérationnalisation du concept :

- Peur d'être responsable d'un événement.
- Vérifier que les portes sont verrouillées, les appareils électriques débranchés.
- Préoccupation avec le sacrilège et le blasphème ou la moralité.
- Prières ritualisées, chiffres ou mots spéciaux utilisés pour neutraliser la pensée.

1.2. Définition de l'obsession :

C'est une idée irrésistible parasitant la pensée du sujet, et qui exprime un danger : le sujet craint de provoquer un dommage, un préjudice ou un malheur s'il n'y prend pas garde. Ces obsessions sont des pensées (ou des images) pénibles qui font intrusion dans l'esprit de manière répétitive et persistante, et sont gênantes sur le plan moral. Elles s'imposent contre la volonté, et sont sources d'anxiété ou de détresse. (A. Tort, 2016, P. 5)

1.2.1. Opérationnalisation du concept :

- Peur de la contamination, par la saleté, les microbes, la maladie ou les excréments.
- Peur de faire du mal aux autres à cause d'un manque d'attention (ex : peur de causer un accident d'auto).
- Préoccupation excessive avec l'organisation et la symétrie.

1.3. Définition du Compulsion :

C'est un comportement répétitifs (par exemple se laver les mains, ordonner, vérifier), ou acte mental (par exemple prier, compter, répéter certains mots) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière rigide. Elles ont pour objet de réduire le mal-être émotionnel du sujet ou d'éviter une catastrophe. (B. Granger, 2003, P. 183)

1.3.1. opérationnalisation du concept :

- Se laver, prendre plusieurs douches longues, nettoyé sans fin.
- Rituels de répétition, vérifié que rien de terrible n'est arrivé.
- Disposer les choses selon un agencement précis, ranger les choses ou les plier d'une certaine façon.

1.4. Définition de 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 perçu par chaque individu ou par chaque groupe 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)

1.4.1. 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 :

❖ QDV positive :

- Le bien être physique et psychologique.
- Bonne relation sociale, familial, amicale.
- Anxiété légère qui détermine globalement une bonne QDV.
- Sensation du bonheur.
- Capacité d'exécuter des activités de la vie quotidienne.

Définition et opérationnalisation des concepts

- L'autonomie.

❖ QDV négative :

- Souffrance physique et psychologique.
- Peu de relation avec les autres.
- Anxiété élevée qui détermine globalement une mauvaise QDV.
- Perte de goût à la vie.
- Pas d'activité de loisir.
- Sensation de malaise.

**PARTIE
THÉORIQUE**

Chapitre I :
TROUBLE
OBSESSIONNEL
COMPULSIF

Préambule :

Dans ce premier chapitre nous essayerons de définir l'état complexe que constitue le trouble obsessionnel compulsif (toc) et de rassembler les données clinique, évolutive ainsi que celles concernant les modèles étiopathogéniques et la nosographie actuelle y sont présentées.

1)- histoire et évolution :

Les termes obsession, obséder proviennent du latine obsession (action d'assiéger, blocus) et signifient dès le XVe siècle « siège », « assiéger », au sens propre comme figuré (« obsédé par le démon »). Ils sont utilisés en psychiatrie pour désigner des idées qui « assiègent » l'esprit et s'y imposent malgré lui de façon répétitive, et malgré les efforts pour s'en défaire. Le terme de compulsion signifie « contrainte » depuis le XIIIe siècle. En clinique, il désigne plus particulièrement des actions plus ou moins répétitives, contraignantes, que la personne ne peut s'empêcher d'effectuer. Dans la terminologie française, il se rapporte à la partie agie de la clinique obsessionnelle, son équivalent idéique étant l'obsession. Dans la littérature allemande, la névrose obsessionnelle est appelée, depuis Freud, « névrose de contrainte » (zwang), nom qui correspond à l'ensemble symptomatique que Janet, à peu près à la même époque, appelait en France « psychasthénie » (« asthénie » signifiant affaiblissement). On utilise également l'adjectif anankastique (du grec ananké : nécessité, contrainte) pour qualifier la personnalité obsessionnelle. (K. Vassilis, 2012, P. 339).

Au milieu du XIXe siècle, Jean Esquirol (1838) parle de « monomanie » en décrivant des obsessions de saleté, Jul Falret (1866) emploie le terme de « folie du doute », terme que reprendra Legrand du Saulle (1875) en lui ajoutant le terme de « délire du toucher ». la plupart de ces auteurs soulignent que les personnes atteintes de ce trouble sont conscientes de l'absurdité de leurs craintes. (A. Sauteraud, 2005, P. 13).

À la fin du XIXe siècle, la réflexion française sur ces troubles est représentée par deux courants, l'un portant l'accent sur un point de vue

intellectualiste, l'autre autour de Ribot évoluant vers une conception essentiellement affective (Green, 1965). Dans la théorie intellectualiste, l'idée obsédante est primaire et l'état émotif n'est qu'une réaction contingente à ce « parasite ». Dans la vision affective, dont on peut faire remonter l'origine à Morel (Du délire émotif, névrose du système ganglionnaire viscéral, 1866), il s'agit d'expliquer le large champ de la pathologie névrotique par un dysfonctionnement primaire du système végétatif. Pitres et Régis se réclameront de Morel et surtout de Ribot et c'est chez eux que culminera la théorie émotionnelle. Ils s'inspirent de la théorie périphérique des émotions de James : la phobie généralisée initiale peut se spécialiser en phobie et s'intellectualiser secondairement en obsession. (K. Vassilis, 2012, P. 340).

En 1903, le médecin et psychologue français Pierre Janet (1859-1947) fait une analyse détaillée du trouble dans son ouvrage « les obsessions et la psychasthénie ». Pierre Janet est considéré comme le premier auteur ayant décrit de façon complète le trouble. Par la suite, Sigmund Freud (1856-1939) lui donne le qualificatif de « névrose obsessionnelle en décrivant « l'homme aux rats » en 1909, dont il raconte la psychanalyse d'un jeune homme qui souffre de pensées obsédantes agressives et de malheur : la crainte de se trancher la gorge ou qu'il n'arrive quelque chose de terrible aux autres. Il a aussi l'obsession de ne pas comprendre ce qu'on lui dit. Aussi fait-il répéter compulsivement ses interlocuteurs. Il souffre de rituels mentaux d'arithmomanie. Ce cas doit le nom d'homme aux rats au fait que le patient avait rapporté à Freud la description d'un supplice pratiqué en orient qui utilisait des rats. Ce supplice lui avait été raconté par un officier alors qu'il faisait son service militaire. Ce cas a eu une lecture planétaire avec la psychanalyse mais les données présentées par Freud ont fait l'objet d'importantes réserves tant sur le plan clinique que thérapeutique. (A. Sauteraud, 2005, P. 13)

À partir de la fin du XIXe siècle et du début du XXe, les pathologies névrotiques suscitent moins d'intérêt que les pathologies psychotiques dans la

littérature psychiatrique. Pichot (1996) rappelle que dans la septième édition de son Traité de psychiatrie, en 1903, Kraepelin ne consacre que 130 de ses 1370 pages aux « Névroses psychogènes ». Beaucoup plus récemment, Healy (2002) remarquait que les chercheurs n'ont disposé d'une échelle pour évaluer l'efficacité de la clomipramine (Anafranil®) dans le trouble obsessionnel compulsif (TOC) que très tardivement, ces troubles étant jugés trop rares. Il semble que, au niveau de la recherche biomédicale, l'intérêt pour le TOC a été relancé d'une part par les différentes études qui, depuis la fin des années 1960, ont commencé à montrer l'efficacité de la clomipramine sur ces troubles, d'autre part par certains ouvrages de sensibilisation comme celui de J. Rappoport en 1989, qui s'est vendu à des millions d'exemplaires, et dans lequel on trouve vingt cas cliniques de névrose. (K. Vassilis, 2012, P. 342).

2)- définition du trouble obsessionnel compulsif (TOC) :

Si l'on se réfère au Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (American Psychiatric Association, 2000) **DSM-IV**, le TOC est un trouble anxieux caractérisé par la présence d'obsessions et de compulsions qui entraînent un sentiment de souffrance et/ou une perturbation significative de la vie d'un individu (détresse et symptômes prenant plus d'une heure par jour).

(A. Zermatten, 2007, P. 1)

3)-Comorbidité : le TOC est souvent accompagné d'autres troubles mentaux, qui peuvent masquer le diagnostic. On parle alors de comorbidité. En effet, il est le seul diagnostic dans environ 15% des cas. D'une étude à l'autre, les chiffres des pathologies associées varient. La comorbidité est à prendre en compte par le médecin, elle aura une influence sur le choix du traitement. (C. Pavageau, 2011, P. 27)

3-1) les symptômes dépressifs et épisode dépressifs majeur :

Comme dans une majorité des pathologies chroniques, qu'elles soient psychiatriques ou non, il est fréquent que des symptômes dépressifs viennent s'ajouter à la souffrance du trouble princeps. Ces éléments dépressifs, qui

peuvent se développer jusqu'à atteindre l'épisode dépressif majeur, sont largement entretenus par l'envahissement du TOC des sphères familiale, professionnelle et sociale. La honte, la culpabilité et parfois le sentiment d'échec ou d'impuissance sont autant de ressentis qui vont nourrir l'état dépressif.

Les symptômes dépressifs sont fréquemment associés au TOC et se posent comme des véritables freins à la diminution du TOC en psychothérapie. Une fois dépistés, ils doivent donc faire l'objet d'un suivi et traitement spécifiques. (A. H. Clair, V. Trybou, 2013, P.15)

3-2) la phobie sociale :

C'est une comorbidité fréquente du TOC que l'on estime à 18% environ.

La phobie sociale est la peur extrême des relations sociales, par crainte du jugement des autres, ainsi certains seront incapables de parler en public par exemple. Le point commun entre le TOC et la phobie sociale c'est qu'il existe un fort sentiment d'infériorité.

3-3) les troubles des conduites alimentaires (TCA) :

En comparaison à des sujets sains, les personnes ayant des TOCS souffrent plus de TCA. Selon Rasmussen, 17% des sujets TOC souffriraient de troubles des conduites alimentaires qui sont l'anorexie mentale et la boulimie

3-4) la schizophrénie :

La comorbidité du TOC et de la schizophrénie n'est pas si rare : elle est estimée entre 10 et 12%. En revanche, la proportion de patients atteints de TOC qui évoluent en délires est plutôt faible, de l'ordre de 1 à 3%.

3-5) le Syndrome Gilles de la Tourette :

Le syndrome Gilles de la Tourette (SGT) est une pathologie neurologique rare d'origine génétique, caractérisée par la présence de troubles involontaires du comportement (TIC).

Ces TICS peuvent être moteurs (grimaces, clignement des yeux...) et/ou sonores (cris, reniflements...). Les propos grossiers n'apparaissent que chez une

minorité de malades. Pour poser le diagnostic, il faut que les TICS soient présents depuis au moins 1ans. (C. Pavageau, 2011, P. 28)

3-6) les troubles bipolaires :

les troubles bipolaires touchent environ 10 à 20 % des patients atteints de TOC (Adam, 2010). Cette comorbidité est importante à dépister, tant pour le suivi/traitement médicamenteux que psychothérapeutique. Chez le patient atteint de TOC et de trouble bipolaire, la sévérité des symptômes obsessionnels compulsifs peut varier en fonction des phases thymiques. Les obsessions et compulsions peuvent être mises au second plan dans une phase hypomaniaque alors qu'elles vont avoir tendance à s'accroître dans les phases dépressives. (A. H. Clair, V. Trybou, 2013, P.16)

3-7) les troubles de personnalité :

Le TOC peut être associé à une personnalité pathologique. Un même patient peut avoir plusieurs diagnostics de personnalité.

Bien que les pourcentages de comorbidité varient d'une étude à l'autre, la personnalité évitante semble être la plus fréquente et non pas la personnalité obsessionnelle-compulsive.

La personnalité schizotypique est caractérisée par des comportements et des idées bizarres, elle constitue une difficulté supplémentaire pour le traitement. (C. Pavageau, 2011, P.30)

4)- critères diagnostic selon le DSM-IV et la C1M-10 :

4-1) selon le DSM-IV :

A)- l'existence soit d'obsessions, soit de compulsions :

Les obsessions sont définies par quatre critères :

1)- pensées, impulsions ou représentations récurrentes et persistantes qui, à certains moments de l'affection, sont ressenties comme intrusives et inappropriées et qui entraînent une anxiété ou une détresse importante.

2)- les pensées, impulsions ou représentations ne sont pas simplement des préoccupations excessives concernant les problèmes de la vie réelle.

3)- le sujet fait des efforts pour ignorer ou réprimer ces pensées, impulsions ou représentations ou pour neutraliser celles-ci par d'autres pensées ou actions.

4)- les sujets reconnaissent que les pensées, impulsions ou représentations obsédantes proviennent de sa propre activité mentale, (elles ne sont pas imposées de l'extérieur comme dans le cas des pensées imposées).

Les Compulsions sont définies par deux critères :

1)-comportements répétitifs (p. ex., lavage des mains, ordonné, vérifié) ou actes mentaux (p. ex., prier, compter, répéter des mots silencieusement) que le sujet se sent poussé à accomplir en réponse à une obsession ou selon certaines règles qui doivent être appliquées de manière inflexible.

2)- les comportements ou les actes mentaux sont destinés à neutraliser ou à diminuer le sentiment de détresse ou à empêcher un événement ou une situation redoutés; cependant, ces comportements ou ces actes mentaux sont soit sans relation réaliste avec ce qu'ils proposent de neutraliser ou de prévenir, soit manifestement excessifs.

B) à un moment durant l'évolution du trouble, le sujet a reconnu que les obsessions ou les compulsions étaient excessives ou irraisonnées.

C) les obsessions ou compulsions sont à l'origine de sentiments marqués de détresse, d'une perte de temps considérable (prenant plus d'une heure par jour) ou interfèrent de façon significative avec les activités habituelles du sujet, son fonctionnement professionnel (ou scolaire) ou ses activités ou relations sociales habituelles.

D) si un autre trouble de l'axe 1 est aussi présent, le thème des obsessions ou des compulsions n'est pas limité à ce dernier (p. ex., préoccupation liée à la nourriture quand il s'agit d'un trouble des conduites alimentaires; au fait de s'arracher les cheveux en cas de trichotillomanie; inquiétude concernant l'apparence en cas de peur d'une dysmorphie corporelle; préoccupations à propos de drogues quand il s'agit d'un trouble lié à l'utilisation d'une substance; crainte d'avoir une maladie sévère en cas d'hypocondrie; préoccupation à propos de

besoins sexuels impulsifs ou de fantasmes en cas de paraphilie; ou ruminations de culpabilité quand il s'agit d'un trouble dépressif majeur).

E) La perturbation ne résulte pas des effets physiologiques directs d'une substance ni d'une affection médicale générale. (DSM-IV, 1996, P. 532)

4-2) selon la CIM-10 :

Le trouble obsessionnel compulsif est caractérisé essentiellement par des idées obsédantes ou des comportements compulsifs récurrents. Les pensées obsédantes sont des idées, des représentations ou des impulsions faisant intrusion dans la conscience du sujet de façon répétitive et stéréotypée. En règle générale, elles gênent considérablement le sujet, lequel essaie souvent de leur résister, mais en vain. Le sujet reconnaît toutefois qu'il s'agit de ses propres pensées, même si celles-ci sont étrangères à sa volonté et souvent répugnantes. Les comportements et les rituels compulsifs sont des activités stéréotypées répétitives. Le sujet ne tire aucun plaisir direct de la réalisation de ces actes, lesquels, par ailleurs, n'aboutissent pas à la réalisation de tâches utiles en elles-mêmes. Le comportement compulsif a pour but d'empêcher un événement dont la survenue est objectivement peu probable, impliquant souvent un malheur pour le sujet ou dont le sujet serait responsable. Le sujet reconnaît habituellement l'absurdité et l'inutilité de son comportement et fait des efforts répétés pour supprimer celui-ci. Le trouble s'accompagne presque toujours d'une anxiété. Cette anxiété s'aggrave quand le sujet essaie de résister à son activité compulsive.

Comprend : névrose :

- anankastique.
- obsessionnelle-compulsive.

À l'exclusion de : personnalité obsessionnelle-compulsive.

-avec idées ou ruminations obsédantes au premier plan :

Il peut s'agir d'idées, de représentations ou d'impulsions qui sont habituellement à l'origine d'un sentiment de détresse. Parfois, il s'agit d'hésitations interminables

entre des alternatives qui s'accompagnent souvent d'une impossibilité à prendre des décisions banales mais nécessaires dans la vie courante. Il existe une relation particulièrement étroite entre ruminations obsédantes et dépression et on ne fera un diagnostic de trouble obsessionnel-compulsif que si les ruminations surviennent ou persistent en l'absence d'un épisode dépressif.

-avec comportements compulsifs [rituels obsessionnels] au premier plan :

La plupart des comportements compulsifs concernent la propreté (en particulier le lavage des mains), des vérifications répétées pour éviter la survenue d'une situation qui pourrait devenir dangereuse ou un souci excessif de l'ordre et du rangement. le comportement du sujet est sous-tendu par une crainte consistant habituellement dans l'appréhension d'un danger, encouru ou provoqué par le sujet ; l'activité rituelle constitue un moyen inefficace ou symbolique pour écarter ce danger.

-forme mixte, avec idées obsédantes et comportements compulsifs.

- autres troubles obsessionnels-compulsifs.

-trouble obsessionnel-compulsif, sans précision. (CIM 10, 2015, P. 196)

5)- diagnostic différentiel :

Le Trouble obsessionnel-compulsif doit être distingué du **Trouble anxieux du a une affection médicale générale**. Le diagnostic est celui de Trouble anxieux du a une affection médicale générale lorsque les obsessions ou les compulsions sont estimées être la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale spécifique. Les **Trouble anxieux induit par une substance** se distingue d'un Trouble obsessionnel-compulsif du fait qu'une substance (est jugée être étiologiquement associée aux obsessions ou aux compulsions. On trouve ainsi d'autre trouble associer aux tocs comme : **phobie spécifique, trichotillomanie, l'hypocondrie, tics, l'anxiété généralisée, épisode dépressif majeur, trouble psychotique non spécifié ou trouble délirant.**

Les pensées délirantes avec ruminations et les comportements stéréotypés bizarres qui surviennent dans la **Schizophrénie** sont distincts des obsessions et des compulsions car ils ne sont pas egodystoniques et le sujet ne cherche pas en vérifier la réalité.

La **Personnalité obsessionnelle-compulsive** et le Trouble obsessionnel-compulsif aient des noms similaires, les caractéristiques cliniques de ces troubles sont tout à fait différentes. La Personnalité obsessionnelle compulsive n'est pas caractérisée par la présence d'obsessions ou de compulsions ; elle implique, en revanche, un schéma envahissant de préoccupations liées à l'ordre, au perfectionnisme et au contrôle qui doit commencer au début de la vie adulte.

Les **superstitions** et les **comportements répétitifs de vérification** sont couramment rencontrés dans la vie de tous les jours. Un diagnostic de Trouble obsessionnel-compulsif doit être envisagé uniquement s'ils sont à l'origine d'une perte de temps excessive ou entraînent un gêne ou une souffrance cliniquement significative. (DSM-IV, 1996, P. 530).

6)- les modèles théoriques :

6-1) modèle de la psychasthénie :

Janet décrit 2 types de symptômes : les « idées obsédantes » (obsessions) et les « agitations forcées » (compulsions). Selon lui, les pensées obsédantes proviendraient de l'**état psychasthénique** : une baisse de tension de l'état psychologique permettrait la libération du contenu subconscient. Il considère donc les manifestations obsessionnelles du TOC comme une perte de contrôle de la pensée consciente volontaire.

Les agitations forcées résulteraient quant à elles d'une contrainte ressentie par le sujet d'effectuer un geste pour diminuer la détresse provoquée par les pensées obsédantes. (A. Tort, 2016, P. 18)

6-2) modèles psychanalytiques :

Freud commence par la description des défenses liées à l'échec du refoulement du traumatisme infantile, celui-ci étant ici décrit comme ayant été

vécu activement par l'enfant, contrairement à l'hystérie. Il introduit par la suite la notion de caractère anal (Freud, 1908), formation réactionnelle avec tendance à la rigidité, aux scrupules, aux remords.

C'est dans *L'Homme aux rats* qu'il met l'accent sur l'ambivalence, les fixations anales, la désintringation des pulsions érotiques et agressives en faveur de l'agressivité, et la régression de l'acte à la pensée. (K. Vassilis, 2012, P. 350)

L'altération du moi dont témoignent les modifications du caractère est vue comme une conséquence de la régression au stade sadique anal (Freud, 1915). La seconde topique permet une description dynamique plus complète de la lutte entre surmoi et ça (Freud, 1926). C'est à Anna Freud (1936) que nous devons la première description systématique des mécanismes de défense. Le déplacement, mécanisme plus général, actif notamment dans la phobie, complète parfois l'isolation en permettant à l'affect lié à une représentation de passer à une autre représentation, moins sensible, ou à une série d'autres représentations, installant un fonctionnement « en circuit fermé » qui permet de maîtriser, et d'épuiser, l'énergie d'investissement libidinal liée à la représentation initiale. (Ibid.)

6-2) modèles cognitifs :

Ils proposent une explication complémentaire, centrée sur les obsessions.

L'émergence de pensées intrusives est un phénomène non pathologique. C'est le caractère fixe, répété, anxiogène et la difficulté à rejeter ces pensées qui en fait un symptôme. Les modèles cognitifs tentent d'expliquer le passage du normal au pathologique de ses pensées intrusives.

Une distorsion des schémas de pensées, situés dans la mémoire à long terme et fonctionnant de manière automatique, engendrerait une perturbation de l'interprétation des pensées intrusives (Salkovskis 1985, Van Oppen 1995). Les schémas cognitifs dysfonctionnels, filtreraient l'information en ne retenant que certains aspects négatifs de l'expérience vécue. Il en résulterait des pensées automatiques déplaisantes, généralement liées à l'idée d'être responsable de quelque chose de grave ou d'être nuisible à soi-même ou à autrui.

Ces pensées automatiques génèrent donc des sentiments de détresse, de culpabilité ou de responsabilité ; et de l'anxiété, ce qui aboutit à la recherche de réponses neutralisantes de cette anxiété : les compulsions.

La réalisation de la compulsion aurait trois conséquences, qui maintiendraient le trouble, selon Salkovskis :

1. La réduction immédiate de l'inconfort et de l'anxiété.
2. Le renforcement de la validité perçue des croyances dysfonctionnelles par non-punition.
3. Le renforcement du stimulus déclencheur des pensées intrusives par évitement et augmentation des croyances.

Selon Rachman (1997), les neutralisations renforcent les obsessions, l'anxiété et les schémas dysfonctionnels, ce qui maintient le trouble. (A. Tort, 2016, P. 18)

6-3) modèles comportementaux :

Les modèles comportementaux du TOC sont issus des travaux de Mowrer (1960) sur les phobies : l'association d'un stimulus neutre à des émotions négatives génératrices d'anxiété, provoque un phénomène de conditionnement, le stimulus neutre devenant alors conditionnel, et capable à lui seul de générer l'anxiété. Ce stimulus conditionnel (association entre un stimulus neutre et aversif) est le thème des obsessions.

Un trouble de l'habituation (Beech 1971) entraînerait la récurrence des obsessions : la pensée intrusive ne parvient pas à entraîner une réponse d'habituation émotionnelle, l'anxiété reste trop importante.

La diminution de l'anxiété apportée par le rituel et l'évitement permettraient de maintenir l'obsession par renforcement négatif : plus le patient ritualise, plus il renforce l'obsession en évitant de s'y confronter.

Ces modèles comportementaux se sont inspirés de l'efficacité thérapeutique de l'exposition aux stimuli anxiogènes utilisés chez les patients phobiques, et sont à l'origine de la technique **d'exposition avec prévention de**

la réponse (EPR), largement utilisées dans les TCC des TOC : s'exposer à ce qui provoque l'anxiété sans ritualiser. (A. Tort, 2016, P. 19)

6-4) Modèles biologiques :

Des études récentes indiquent que des perturbations neurobiologiques pourraient jouer un rôle dans la pathogenèse et la persistance du TOC.

6-4-1) troubles neuroanatomiques : selon (Hollander et Simeon, 2008) des anomalies mises dans diverses régions du cerveau pourraient être liées au TOC.

Les techniques de neuro-imagerie fonctionnelle ont révélé des taux métaboliques anormaux dans les noyaux gris centraux et dans la partie orbitaire et frontale du cortex des sujets présentant un TOC. (M C. Townsend, 2010, P. 493)

6-4-1-1) Imagerie anatomique : Les images réalisées par scanner ou résonance magnétique nucléaire montrent des différences structurales au niveau de certaines régions du cerveau des sujets atteints de TOC (Malizia, 2005) : le striatum, la substance blanche corticale, la substance grise du cortex fronto-orbitaire et l'amygdale. Les résultats de différentes études sont équivoques. Il s'agit de différences de volume allant soit vers l'augmentation, soit vers la diminution. Par ailleurs, certaines études n'observent pas de différences entre les patients et les contrôles.

6-4-1-2) imagerie fonctionnelle : Les études en imagerie fonctionnelle au repos montrent l'existence dans le TOC d'un dysfonctionnement, dans le sens d'une hyperactivité, au niveau de certaines structures cérébrales (Malizia, 2005) : entre autres, les lobes frontaux (surtout le cortex fronto-orbitaire), les ganglions de la base (surtout les noyaux caudés) et le gyrus cingulaire antérieur. Globalement, il s'agirait d'un dysfonctionnement du circuit reliant le cortex frontal, le thalamus et les ganglions de la base. Cependant, d'autres études n'ont pas montré d'anomalie fonctionnelle au repos ou bien ont révélé un hypométabolisme plutôt qu'une hyperactivité. (M. Desseilles et al., 2008, P. 34)

6-4-1-3) modèle de Baxter :

Baxter fait l'hypothèse que les patients souffrant de TOC ont un système de biais de réponse face à certains stimuli environnementaux (hygiène, ordre...) impliquant le cortex orbitofrontal.

L'activité excessive du cortex cingulaire antérieur et du cortex orbito-frontal expliqueraient la survenue de préoccupations anxieuses non spécifiques, qui auraient dû être inhibées par la voie directe.

De plus, les pensées intrusives, non pathologiques car inhibées précocement par la voie indirecte chez l'individu sain, ne le seraient pas suffisamment chez le patient souffrant de TOC.

Les compulsions seraient des séquences comportementales générées de manière automatique par les ganglions de la base en réponse aux stimuli déclencheurs : stimuli environnementaux associés aux pensées intrusives. Ces séquences comportementales, générées normalement pour faciliter les actions routinières, dans le cas du TOC ne sont plus adaptées au contexte et ne parviennent pas à être inhibées. (A. Tort, 2016, P. 27)

6-4-1-4) modèle de Schwartz :

Schwartz a montré une diminution de l'activité du noyau caudé chez les patients TOC répondeurs à un traitement par TCC versus non répondeurs, ainsi qu'une corrélation entre l'activité du cortex orbito-frontal, du gyrus cingulaire, du thalamus et la sévérité du TOC .

D'après Schwartz, une dysfonction des TANs (tonically active neurons) du striatum (neurones modifiant leur activité en fonction d'un conditionnement opérant, et impliqués dans l'acquisition de nouvelles séquences comportementales et probablement dans la genèse et le maintien du comportement compulsif) perturberait le système des ganglions de la base, puis, via le thalamus - voie de sortie des ganglions de la base - l'activité corticale des cortex orbitofrontal et cingulaire antérieur. Ainsi, par un conditionnement

opérant dysfonctionnel, le patient produirait des patterns comportementaux inadaptés. (A. Tort, 2016, P. 28)

La sensation d'erreur dans la réalisation de ce comportement, est liée à l'activité importante des cortex orbito-frontal et cingulaire antérieur.

Dans ce modèle, la physiopathologie des TOC sous-tend que les relations entre l'activité cérébrale et le comportement soient bidirectionnels : les dysfonctions cérébrales observées seraient à l'origine des manifestations cliniques, mais seraient elles-mêmes renforcées par ces manifestations cliniques. Ainsi, la répétition du rituel renforcerait l'hyperactivité fronto-striatale.

Cette hyperactivité cérébrale aurait tendance à se normaliser après un traitement par TCC efficace. (Ibid.)

6-4-2) troubles physiologiques : les études électrophysiologiques et neuroendocrinologiques ainsi que les hypnogrammes donnent à penser qu'il existe des points communs entre les troubles dépressifs et le TOC (Sadock, 2007). Les aspects neuroendocrinologiques ont été révélés par exemple quand, lors de l'épreuve de freinage à la dexaméthasone, on a observé une absence de freinage chez un tiers des clients souffrant du TOC et une baisse de la sécrétion de l'hormone de croissance après l'administration de perfusions de clonidine. (M C. Townsend, 2010, P. 493)

6-4-3) troubles biochimiques : de nombreuses études indiquent qu'un neurotransmetteur, la sérotonine, joue un rôle dans l'étiologie du comportement obsessionnel-compulsif. Certains médicaments, comme la clomipramine et les inhibiteurs sélectifs du recaptage de la sérotonine (ISRS), soulagent les symptômes du troubles obsessionnel-compulsif. En bloquant le recaptage neuronal de la sérotonine, ces médicaments maximisent l'activité sérotoninergique du système nerveux central. (Ibid.)

6-5) modèle intégratif des troubles psychopathologiques :**6-5-1) spectre des troubles apparentés au trouble obsessionnel compulsif :**

Depuis une dizaine d'année, le concept de « spectre des troubles apparentés au trouble obsessionnel compulsif » a émergé du fait de l'observation du partage de traits cliniques et neurobiologiques entre le TOC et d'autres entités nosologiques classiquement distinctes quant à leur étiologie et leur symptomatologie. (M. Bouvard, 2006, P. 24)

Jenike (1990) est le premier auteur à avoir suggéré l'existence d'un spectre de troubles reliés au trouble obsessionnel compulsif. Plus récemment, certains auteurs (Hollander, 1993 ; Stein et Hollander, 1993 ; Stein, 1996) ont proposé une approche dimensionnelle de la pathologie mentale dans laquelle la compulsivité et l'impulsivité représenteraient les deux extrêmes d'un continuum phénoménologique de la contrainte versus la désinhibition. La dimension impulsive versus compulsive se situerait le long d'un continuum psychopathologique phénoménologique et étiologique incluant des syndromes, tels que le TOC, les troubles de contrôle des impulsions (trichotillomanie, jeu pathologique, Kleptomanie, achats compulsifs), les troubles des conduites alimentaires, le trouble dysmorphophobique, le syndrome de Gilles de la Tourette ainsi que les troubles de personnalité borderline et antisociale. (Ibid.)

7)- les formes cliniques du TOC :**7-1) les obsessions :**

Elles sont définies par l'irruption récurrente et persistante dans la pensée d'une idée, d'une impulsion ou d'une représentation apparaissant le plus souvent au sujet comme un phénomène pathologique, provenant de sa propre activité psychique et résistant aux efforts produits pour s'en débarrasser. Elles sont ainsi le plus souvent de caractère « égodystoniques » dans la mesure où le sujet interprète le contenu des pensées obsédantes comme étranger à lui-même, en désaccord avec ses propres croyances et valeurs. (B. Aouizerate, J.Y. Rotg, 2007, P. 3)

7-1-1) les obsessions idéatives : elles sont les plus fréquentes et se caractérisent par un phénomène purement cognitif. C'est l'intrusion obsédante d'un mot, d'une idée dont la signification est souvent monstrueuse, inacceptable se rapportant soit à :

-un réel concret : personne, objet, action passé ou à venir, qui réveille doutes et scrupules.

-un concret symbolique : chiffres, mots, dessins, etc. qui frappe par son caractère stérile et absurde.

-un concept abstrait : problèmes métaphysiques, philosophiques (les origines, dieu, enfer etc.).

7-1-2) images obsédantes : souvent horrifiantes et terrifiantes : cadavre, mutilation, images religieuses mêlées à des représentations obscènes.

7-1-3) obsessions phobiques : c'est leur caractère anxiogène qui les rapproche des phobies. Elles s'en distinguent, car on ne retrouve pas de situation objective extérieure que le patient peut éviter par la fuite. Ce qui est redouté ici, c'est non pas la situation réelle, mais la pensée de cette situation : la fuite n'est donc pas possible. Ce sont souvent des craintes obsédantes de la souillure (excréments-sperme-saletés), de la contamination (microbe) ou d'une maladie (cancer, sida).

7-1-4) obsession impulsives ou phobies d'impulsion : « craintes angoissantes d'être amené de façon irrésistible, contre sa volonté, à commettre un acte immoral ou criminel... ». Elles peuvent être retrouvées dans les phobies typiques et sont considérées comme forme de passage des phobies aux obsessions. La crainte d'un acte agressif soit contre soi-même, soit contre un enfant ou un membre de la famille peut devenir de plus en plus insupportable au fur et à mesure que le sujet imagine des moyens de plus en plus élaborés pour se débarrasser de cette contrainte. (F. Kacha, 2002, P. 144)

7-2) les compulsions :

C'est un acte que le sujet ne peut s'empêcher d'exécuter, qu'il se sent

Obligé d'accomplir, le plus souvent contre sa volonté. L'acte est moteur ou mental, c'est-à-dire toujours le même ou presque, qui est le plus souvent répété un nombre de fois spécifique à chaque sujet devant une situation donnée. Le résultat consiste finalement en un comportement excessif dans sa finalité et dans sa durée. (A. Sauteraud, 2005, P. 19)

7-2-1) les rituels de lavage : le plus souvent, il s'agit du lavage des mains, du corps, des objets rentrant dans la maison et de la maison elle-même.

7-2-2) les rituels de vérification : le plus souvent, il s'agit de la vérification des portes, des fenêtres, du gaz, de l'électricité, du matériel électroménager et des comptes du ménage. Sont regroupés avec ces rituels de vérification, les rituels d'ordre, de symétrie et de rangement, le perfectionnisme et la lenteur. (Ibid.)

7-2-3) les conjurations : elles sont aussi appelées des rituels magiques. Elles consistent en :

-Des rituels internes mentaux : comme le fait de se dire des petites phrases, de faire des prières ou de compter mentalement (arithmomanie). L'ensemble de ces rituels est qualifié de ruminations.

-Des rituels externes : les compulsions de répétition de gestes, comme se lever et s'asseoir de façon répétitive, toucher plusieurs fois un interrupteur ou une table avec les doigts, ou le sol avec le pied. (A. Sauteraud, 2005, P. 20)

7-3) Les rituels, le doute et les vérifications :

Les rituels sont une suite fixe d'actes que le sujet considéré comme absurdes excessifs mais qu'il se sent contraint de réaliser (exemples : rituels d'habillage ou de déshabillage, de la toilette, du coucher ...). Parmi ces rituels, deux ont statut particulier : l'onomatomanie (évocation mentale, dans un ordre établi, d'une série de noms caractère parfois obscène ou sacrilège) et l'arithmomanie (série d'opérations mentales, dans de plus en plus complexe dans laquelle la moindre hésitation entraîne la reprise de la série). (JL. Pedinielli, P. Bretagne, 2010, P. 74)

Les vérifications sont une activité par laquelle la personne s'assure d'une chose qu'elle a faite, qu'elle est confirmée avec une autre chose en la confrontant avec ce qui peut servir de preuve.

Lorsqu'elles sont répétées à maintes reprises sans que cette répétition soit justifiée, les vérifications sont des comportements compulsifs, qu'elle soit manifestes ou purement mentaux. (C. Tamisier, 1999, P. 984)

Elles ont pour objectif de contrôler la réalisation de certains actes élémentaires (erreurs de calcul, fermeture de porte, du gaz, etc.) les rituels et les vérifications, qui comportent une dimension compulsive, ont une fonction conjuratoire et visent à lutter contre l'emprise des obsessions et des compulsions. Bien qu'ils permettent au sujet de calmer l'angoisse suscitée par l'obsession, ils peuvent entraîner eux-mêmes une lutte anxieuse. Leur inefficacité ne provoque pas leur disparition, mais bien leur amplification. On imagine sans peine le retentissement de ces troubles sur l'entourage qui finit par y participer d'une manière ou d'une autre ...

Un sujet est obsédé par la crainte de la contamination et développe des comportements rituels deviennent eux-mêmes dangereux puisqu'ils mettent le sujet en contact avec la possible souillure et possible contamination ; d'autres rituels servent à se prémunir contre l'effet des premiers... (cf. la formule d'un malade obsessionnel: « il faudrait pouvoir laver l'eau... ». (JL. Pardinielli, P. Bretagne, 2010, P. 74)

8)- clinique du TOC :

8-1) l'obsession : est une pensée consciente pénible, qui s'impose à l'esprit automatiquement, de façon répétitive, contre la volonté. Cette pensée concerne toujours un événement dangereux, plus ou moins grave, que le sujet pourrait provoquer s'il n'y prend pas garde et dont il faudrait se protéger. L'obsession est source d'angoisse ou d'anxiété. Quatre thèmes principaux sont constamment

retrouvés : la souillure, l'erreur, le malheur et l'agressivité. La majorité des patients ont plusieurs thèmes. (A. Sauteraud, 2005, P. 38)

8-2) la compulsion ou le rituel : c'est un acte que le sujet se sent obligé d'accomplir dans certaines situations bien précises de façon stéréotypée et répétitive. Trois thèmes principaux sont constamment retrouvés : le lavage, la vérification et les rituels mentaux. La majorité des patients ont plusieurs thèmes. (Ibid.)

8-3) l'anxiété : C'est une composante essentielle du TOC, qui lui a d'ailleurs valu sa classification au sein des troubles anxieux dans le DSM-IV, bien que ça ne soit plus le cas actuellement dans le DSM-V. Il s'agit d'une anxiété de fond, lancinante, pénible, pouvant durer de quelques minutes à plusieurs heures dans la journée. Elle est provisoirement et plus ou moins partiellement calmée par l'accomplissement des rituels. Elle est influencée par des situations particulières

8-4) l'évitement : les évitements consistent à ne pas affronter ou à contourner une situation, un lieu ou une action connus pour déclencher des obsessions et des rituels. Les évitements permettent au patient de ne pas se confronter aux situations à l'origine d'obsessions. Demander à l'entourage de faire à sa place certains actes constitue un évitement. (A. Tort, 2016, P.7)

9)- catégories de symptômes obsessionnel-compulsif :

9-1) obsession de contamination ou de souillure et compulsion de lavage et de nettoyage :

Ce sont des obsessions de la contamination souvent par le virus, les microbes, les contaminants de l'environnement (déchets toxiques, air pollué, radioactivité, poison...) ou des obsessions de souillure par la « saleté » ou les productions corporelles de soi ou des autres (sueur, urine, matières fécales, salive, sperme). Le sujet peut être obsédé par la crainte d'être sale, de sentir mauvais.

Elles sont associées à des compulsions de lavage et de nettoyage parfois ritualisées. Ce sont surtout les mains qui sont lavées très souvent et longuement, parfois avec des détergents, et dont la peau peut être abîmée, crevassée. Les douches ou le brossage des dents peuvent être interminables. Aux toilettes une quantité excessive de papier hygiénique peut être utilisée. Les vêtements peuvent être changés plusieurs fois par jour. Les objets contaminés doivent être désinfectés.

Elles s'accompagnent de comportements d'évitement de plus en plus étendus (refus de toucher ce qui est jugé sale, refus de toucher les autres, de serrer la main, prise des objets pensés sales comme les poignets de porte avec la manche ou mettre des gants). Typiquement, les lavages augmentent en fréquence et en durée malgré la restriction des activités. Ces conduites d'évitement restreignent les activités et peuvent exceptionnellement finir par confiner l'adolescent à son domicile. (H. Chabrol, 2011, P. 91)

9-2) Obsessions de symétrie, d'ordre, d'exactitude et compulsions d'ordre, de rangement, de répétition, de vérification, compulsion à compter :

Les obsessions d'ordre, de symétrie sont liées à des compulsions de rangement. Par exemple, un livre doit être rangé à l'angle d'un bureau, à égale distance des bords, et de façon bien parallèle. Le rangement est souvent répété plusieurs fois de suite, jusqu'à la perfection. Le sujet peut être préoccupé excessivement par l'heure et l'exactitude. (Ibid.)

les compulsions de vérification sont liées à la peur intolérable d'avoir commis une erreur, de n'avoir pas accompli un acte ou de l'avoir mal fait (e.g., vérifier la fermeture des portes et des fenêtres que le sujet peut être obligé de rouvrir et de refermer plusieurs fois de suite ; vérification de la fermeture d'un robinet , vérification de la fermeture du gaz de la cuisinière , la peur d'avoir fait du mal à quelqu'un.

Les compulsions de répétition consistent en répétition d'activités quotidiennes comme les rites de déplacement, comme monter les escaliers de façon ritualisée en commençant toujours par le même pied, avec des séquences successives de monter trois marches et d'en redescendre ou comme des rites de franchissement des trottoirs ou des plaques d'égouts, les compulsions de toucher des objets ou des personnes. Les compulsions de répétition peuvent être des activités physiques. (Ibid.)

9-3) Obsessions agressives, sexuelles, religieuses :

Les obsessions agressives peuvent être des images de violence ou d'horreur, la peur de se faire du mal, de faire du mal aux proches ou à des inconnus.

Les obsessions sexuelles sont des pensées ou des images sexuelles vécues comme interdites ou perverses. Elles peuvent concerner la masturbation, les rapports sexuels, l'inceste, l'homosexualité, la pédophilie ou la zoophilie

Les obsessions agressives suscitent de la culpabilité et les obsessions sexuelles sont vécues avec honte et culpabilité.

Dans les obsessions impulsives ou phobies d'impulsion, le sujet se sent poussé à commettre contre sa volonté un acte répréhensible ou dangereux. Elles ont souvent un contenu sexuel ou agressif contre soi ou les autres, comme dire des obscénités et des insultes, s'exhiber sexuellement, commettre un attentat sexuel, se blesser ou blesser un autre. (H. Chabrol, 2011, P. 92)

Les obsessions religieuses sont des préoccupations liées aux sacrilèges ou aux blasphèmes, par exemple avoir des pensées blasphématoires ou prononcer des paroles profanatoires lors d'un office religieux.

Les obsessions scrupuleuses concernent la moralité, le bien et le mal. On peut en rapprocher la crainte de prononcer des mots ou des chiffres tabous. C'est à ces obsessions agressives, sexuelles et religieuses, que sont le plus souvent liés les rituels mentaux et les rituels expiatoires. (Ibid.)

9-4) obsession de compulsions de collection, d'accumulation :

Ces sujets peuvent collectionner n'importe quoi (journaux, sac, poubelle...), ce sont des collectionneurs pathologiques. Ils conservent les objets par peur de jeter quelque chose qui puissent leur être utile.

Ainsi, les personnes atteintes peuvent voir leur logement, totalement envahi par ces objets, devenir inhabitable.

Ce type de TOC est susceptible de provoquer des conflits relationnels avec la famille du patient ainsi que des plaintes provenant du voisinage. (C. Pavageau, 2011, P. 25)

Synthèse :

Pour conclure, nous rappellerons que la présence d'une autre pathologie psychiatrique associée à un TOC est souvent un signe de gravité : complication du TOC, chronicité, facteur prédictif de mauvaise réponse au traitement.

Il serait indispensable que l'enquête diagnostic fasse une recherche d'une ou plusieurs pathologies somatiques afin d'adapter au mieux la prise en charge qu'elle soit psychothérapique ou pharmacologique.

Chapitre II :
LA QUALITÉ
DE VIE

Préambule :

Dans ce deuxième chapitre nous allons parler sur l'histoire et l'évolution du concept de la qualité de vie et présenté sa définition et ses conceptions, la spécificité de la qualité de vie relative à la santé, pour passer ensuite aux différents domaines nécessairement pris en compte, et enfin voir l'importance des différents instruments de mesure de la qualité de vie.

1)- histoire et évolution :

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis, dans les années 1950, comme slogan politique, puis étendu à l'univers social et individuel dans les années 1970. En France, dans le secteur de la santé, la notion de la qualité de vie apparaît 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. Elle correspond à l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société à l'impact global des soins dispensés. Mais, elle recouvre aussi l'étude du bien-être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle prend en compte les états physiques et la situation sociale et psychologique, à partir du point de vue subjectif du patient. (M. Montreuil et all, 2009, P. 133)

Ce sont initialement les chercheurs en santé publique, les médecins puis les psychologues qui ont conduit au développement de la notion de qualité de vie, notion qui intègre de manière complexe des concepts comme le bien-être, la santé, la satisfaction. Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la vie des populations et par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales), avec le risque d'affecter le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il devenait 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 des pathologies chroniques.

Mais, il était aussi important d'évaluer l'impact des soins et des traitements qui leurs sont associés (Leplège, 1999). Enfin, les professionnels s'interrogeaient sur les effets des divers types de traitement des maladies chroniques en termes qualitatifs (bien-être des patients) plus qu'en termes quantitatifs (nombre d'années de vie gagnées sur la mort et le handicap) (M. Montreuil et all, 2009, P. 134)

La qualité de vie est un concept à la mode depuis les années 1980-1990 qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, des notions voisines (bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé). Elle concerne de nombreuses disciplines (médecine, épidémiologie, santé publique, sociologie, économie, psychologie de la santé, etc.) et fait l'objet de très nombreuses études. (M. Bruchon- Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 6)

1-1) L'approche philosophique :

Le concept de qualité de vie est très tôt intéressé les philosophes. En effet, pendant des siècles, des philosophes comme Aristote, Platon, Socrate et Épicure se sont penchés sur la notion de bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation. Qu'est-il ? Peut-on l'atteindre ? Comment ? Comme le bonheur est toujours en avant de nous-mêmes, désiré plutôt que possédé, il en ressort qu'il est impossible de décrire et difficile de le définir, d'où la divergence des opinions professées sur le bonheur. Certains le réduisent au plaisir (Kant), d'autres aux honneurs, d'autres enfin à la richesse. Pour Aristote, le bonheur est le désir suprême de chaque être humain. Il a ses conditions : tout d'abord une vie accomplie jusqu'à son terme. De plus, le bonheur ne se limite pas à la vertu, comme l'enseigneront les stoïciens, car il ne peut être achevé sans un ensemble de biens du corps (santé, intégrité) et de bien extérieurs (richesse, bonne réputation, pouvoir). Ces différents paramètres sont pris en compte dans l'évaluation de la qualité de vie. (G.N. Fischer, 2002, P. 284)

C'est à travers Schopenhauer que nous trouverons une réponse dans la mesure où il affirme que le bonheur n'est ni positif, ni réel : il n'est que l'absence de la souffrance, et une absence n'est rien. Or le désir s'abolit dans la satisfaction, et le bonheur se perd dans ce plaisir.

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. (Ibid.)

1-2) 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)

1-3) L'approche politologue :

Selon cette approche, la notion de qualité de vie n'est pas individuelle mais collective. Nous pouvons retenir des noms comme Henri IV en France, Hoover, Johnson aux États-Unis et bien d'autres, qui traitaient déjà la qualité de vie. Notons que Jefferson demanda, dès l'élaboration de la constitution des États-Unis, que le « droit au bonheur » figure parmi les droits inaliénables des citoyens américains. Plus tard, dans les années 1960, toujours aux États-Unis, nous pouvons observer un intérêt et une préoccupation grandissants et quasiment omniprésents pour l'amélioration de la qualité de vie. (G.N. Fischer, 2002, P. 285).

1-4) L'approche médicale :

Nous trouvons ce concept de qualité de vie en médecine et, plus particulièrement, à la psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) aux États-Unis. Les psychiatres vont alors dénoncer les sorties massives des hôpitaux psychiatriques à partir du moment où la désinstitutionalisation attachait peu d'importance à l'avis des patients et ne se préoccupait pas de leurs conditions de vie à l'extérieur. Ce pendant, nous pouvons observer que les études sur la qualité de vie apparaîtront plus tardivement dans les pays anglo-saxon, puis scandinaves et enfin dans le reste de l'Europe. (G.N. Fischer, 2002, P. 286)

Quelques dates marquent le développement des études sur la qualité de vie dans le domaine médical. En effet, en 1947, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition de la santé qui reste cependant proche de celle du bien-être. en 1948, Karnofsky propose une échelle de performance

suivi en 1963 par Katz. Notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évoluer les mentalités en médecine. Ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physique que psychiques, sans le dissocier de leur concept, 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 Elkington, dans une publication médicale.

Ainsi, le concept de qualité de vie est très répandu dans le domaine médical. 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 instrument cliniques validés. (Ibid.)

2)- définition et conception :

Pendant plusieurs années, il ya eu un manque de consensus sur la façon de définir et de décrire la qualité de vie des individus.

Encore aujourd'hui, aucun consensus n'existe quant à sa définition en raison de son caractère multidisciplinaire. Les chercheurs de diverses disciplines appréhendent ce concept selon les différentes perspectives fondées sur les préoccupations propres à leur champ d'expertise. La diversité des définitions conceptuelles témoigne de la complexité du concept de qualité de vie. (J.G. Trudel et all, 2012, P. 202)

Néanmoins, les définitions suivantes indiquent clairement que ce concept à un caractère subjectif, puisque seuls les individus peuvent évaluer leur qualité de vie.

Pour Calman, la qualité de vie se définit comme étant la « différence et l'écart entre les attentes d'une personne et son expérience vécue ».

Pour d'autres comme Cella et Cherin, la qualité de vie renvoie à l'évaluation des patients et à leur satisfaction quant à leur niveau actuel de fonctionnement en comparaison à ce qu'ils perçoivent être possible ou idéal »

D'après des chercheurs français, Gerin et al. « la qualité de vie ne se résume pas à la santé, même si cette dernière en est un facteur important. Elle ne se résume pas non plus au bien-être... on peut plutôt définir la qualité de vie comme l'ensemble des satisfactions/insatisfactions éprouvées par un sujet (ou un groupe de sujets) à propos de sa vie actuelle en général ». (Ibid.)

Pour (Fagot-Largeault, 2002), « la qualité de vie, c'est ce qui rend la vie bonne, agréable, ou confortable ».

Pour Auquier et al. 2006), « la qualité de vie est une notion individuelle dont chacun peut légitimement donner une définition ».

Tous les auteurs traitant de la qualité de vie sont unanimes sur cet aspect de la définition : la qualité de vie est un concept intrinsèquement subjectif.

Pour Launois (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, styles de vie...qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. Ici encore, l'unanimité se fait, mais cette fois sur le caractère multidimensionnel du concept de qualité de vie. (S. Sultan, I. Varescon, 2012, P. 21)

Selon l'OMS (WHOQOL Groupe, 1994), la qualité de vie est : « la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent et en relation avec leur buts, attentes, normes et préoccupations. Il s'agit d'un concept large, qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement ».

Pour sa part, l'OMS retient donc six grandes dimensions pour la qualité de vie : physique, psychologique, sociales, degré d'indépendance, environnement, convictions et spiritualité personnelles (les trois premières étant admises par la majorité des auteurs). Ainsi, pour Martin et Peretti (2004), la qualité de vie est liée à trois grandes catégories de facteurs :

- 1) les conditions de vie objectives dans différents domaines et la perception subjective (satisfaction) de ces conditions.
- 2) les capacités, performances et limites fonctionnelles de la personne (réelles et perçues).
- 3) le sentiment de bien-être subjectif lié aux états de bien-être ou de détresse. (S. Sultan, I. Varescon, 2012, P. 22)

2-1) conceptions objectives :

Elle renvoie à un ensemble de conditions de vie au sein d'une population donnée et se mesure à l'aide d'indicateurs économiques ou sociaux tels que le revenu, le niveau d'éducation, le chômage, l'état de santé, l'accès à des services. Transposée sur le plan individuel, la qualité de vie s'évalue alors en comparant les conditions de vie d'une personne aux conditions moyennes ou normales observées dans une société donnée (Rousseau, 1988). Le concept de qualité de vie objective présuppose donc l'utilisation de critères normatifs. (J.A. Randal, A. Comblain, 2001, P. 142)

Le terme « qualité de vie », selon l'approche environnementale, est souvent utilisé par les auteurs comme équivalent de la « normalisation ». Cette approche postule que la personne présentant un retard mental augmente sa qualité de vie si elle a accès à des modèles et des conditions habituelles de vie (Soder, 1981). La personne qui présente un retard mental améliore donc sa qualité de vie lorsqu'elle habite une résidence intégrée dans la communauté,

lorsqu'elle a la possibilité d'utiliser toutes les ressources communautaires ou publiques, lorsqu'elle travaille et lorsqu'elle a de nombreuses relations sociales. Il s'agit parfois plus d'évaluation de la qualité de vie des individus. (Ibid.)

2-2) conception subjective :

Les chercheurs se sont en effet intéressés de plus en plus à la dimension subjective de qualité de vie en amenant le vocable de satisfaction et même de bien-être. Rappelons qu'étymologiquement, le terme « satisfaction » contient le préfixe « satis » qui, en latin, veut dire « assez ». Ainsi, Campbell, Converse & Rodgers (1976) différencient la notion affective tandis que la notion de satisfaction vient apporter une dimension cognitive, un jugement : « Est-ce assez ? ». Selon Campbell et al. il y a deux pôles de références. Le premier consiste à comparer sa situation par rapport aux prévisions de l'individu : « Que puis-je raisonnablement espérer ? ». Si les aspirations sont placées trop haut, la personne ne pourra être que déçue, mais s'il n'y a pas d'engagement, il n'y a pas de motivation. (J.A. Randal, A. Comblain, 2001, P. 143)

De plus, l'approche centrée sur la satisfaction personnelle comme composante de la qualité de vie s'applique aux facteurs perceptifs et subjectifs. La personne présentant un retard mental doit elle-même pouvoir évaluer sa propre situation. Cette approche est sans doute la plus difficile à envisager, mais aussi la plus importante. En effet, elle s'appuie sur la représentation de l'expérience de vie. Il ne s'agit plus de mesurer le contentement ou l'optimisme global, mais l'image ou l'estime de soi, la capacité à exprimer des émotions, de l'attachement, des préférences, des souhaits et des aspirations. (J.A. Randal, A. Comblain, 2001, P. 143)

2-3) conceptions intégratives :

Parmi les définitions intégratives additives, on trouve par exemple celle-ci : « 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 et sa relation aux facteurs essentiels de son environnement » (WHOQOL Group, 1995). Le modèle (issu de cette définition) proposé par Urzúa et Caqueo-Urizar (2012) illustre bien une conception intégrative et additive de la qualité de vie. Il inclut les points de vue objectif et subjectif envers les principaux domaines. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 44)

Cette définition est complète, mais elle est quelque peu statique. Certaines définitions de la QDV en soulignent les aspects processuels, comme celle-ci : la QDV c'est « l'ensemble des ressources (sociales, personnelles et physiques) nécessaires à une personne pour réaliser ses aspirations et satisfaire ses besoins » (OMS, 1984). D'autres définitions considèrent la QDV comme un véritable système : « La qualité de vie est l'évaluation multidimensionnelle, à la fois en fonction de critères sociaux normatifs et de critères individuels, du système "personne-environnement" de chaque individu » (Lawton, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 44)

Les définitions de la QDV en termes à la fois intégratifs et dynamiques ont plusieurs avantages : elles prennent en compte à la fois les composantes « externes » (état de santé, conditions de vie...) et « internes » (satisfaction, bien-être subjectif...), plusieurs points de vue (auto- et hétéro-évaluation), et elles supposent des interactions dynamiques entre les composantes de la QDV, en termes de processus. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P.45)

3)- les différents aspects conceptuels de la qualité de vie :

3-1) 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 1990 (Argyle et al. 1989; Buss, 2000; Eysenck, 1990; Myers, 1995). Selon eux, le bonheur est une disposition personnelle relativement stable qui consiste à éprouver, fréquemment, des états émotionnels agréables (joie, plaisir, gaieté), à être globalement satisfait de sa vie et enfin à éprouver rarement des affects négatifs (détresse, anxiété, dépression, hostilité). (M. Montreuil, E. Tazopoulou, J.L. Truelle, 2009, P. 138)

3-2) le bien-être subjectif :

Le bien-être subjectif repose sur trois critères essentiels (Rolland, 2000):

- Il est subjectif, c'est une autoévaluation qui ne se réduit pas aux conditions de vie objectives (bien-être matériel, par exemple).
- 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) mais, il implique la présence d'affects agréables. (M. Montreuil et al., 2009, P. 138)

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 psychopathologiques, il inclut la présence d'émotions et d'états agréables (plaisir, joie, satisfaction, bonheur). 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 seulement avec le bien-être matériel (Welfare) et il n'est pas entièrement dépendant de la santé.

3-3) la satisfaction de vie :

La satisfaction de vie est un processus cognitif impliquant des comparaisons entre la vie d'une personne et ses normes de référence (valeurs, idéaux...). C'est «l'évaluation globale que le sujet fait de sa vie» (Pavot et al.

1991). Pour Diener (1994), la satisfaction de vie renvoie à un jugement conscient et global sur sa propre vie. Elle peut être à son tour déclinée, en domaines plus spécifiques tels que la profession, la famille, les loisirs, la santé, les finances, le soi, le groupe d'appartenance.... . La satisfaction de la vie est définie comme «une appréciation subjective de la personne de sa situation actuelle par rapport à ses propres espérances» (Corrigan, 2001). (Ibid.)

4) les domaines de la qualité de vie :

4-1) domaine psychologique :

Ce domaine se subdivise en aspects plus spécifiques. Le WHOQOL-100, par exemple contient six domaines, dont la santé psychologique, qui se subdivise à son tour en cinq composantes : affects positifs ; affects négatifs ; estime de soi ; capacités cognitives (pensée, mémoire, concentration, capacités d'apprentissage) ; image du corps et apparence perçue. La spiritualité, les croyances personnelles et la religion, parfois incluses dans la dimension psychologique de la qualité de vie, constituent ici un domaine à part. Le domaine psychologique comprend la présence d'*émotions et affects positifs*, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des *affects négatifs* (anxiété, dépression). On reconnaît ici la conception bidimensionnelle de la santé ; ce qui a été dit plus haut à propos de la santé émotionnelle s'applique ici au sous-domaine psychologique de la qualité de vie. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 50)

La composante cognitive (pensée, mémoire, apprentissage, concentration) peut être explorée de diverses façons : l'auto-évaluation permet de savoir si le sujet est conscient de ses troubles ; elle doit être complétée par l'avis d'un tiers (un professionnel) utilisant des techniques d'observation pouvant apporter un éclairage intéressant sur les difficultés cognitives du sujet et par des tests (dont il existe des versions adaptées aux caractéristiques sociodémographiques des sujets). (Ibid.)

Le domaine psychologique de la qualité de vie inclut aussi des processus évaluatifs comme l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de soi, de ses capacités...) et la satisfaction vis-à-vis de son apparence et de son corps (image du corps). Si l'on souhaite explorer ces dimensions plus en détail, il existe divers questionnaires d'estime de soi, ou d'image du corps, comme, par exemple, le QIC, validé sur des échantillons français (Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie et Quintard, 2002). Les relations entre image du corps et estime de soi sont étroites (Bruchon-Schweitzer, 1990, p. 173-289 ; Boujut et Bruchon-Schweitzer, soumis). Des perturbations de l'estime de soi et de l'image du corps sont en cause, par exemple dans les TCA (troubles des conduites alimentaires). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 51)

4-2) domaine physique :

Ce domaine comprend deux sous-domaines : la santé physique (état de santé) et les capacités fonctionnelles (autonomie), qui se subdivisent à leur tour en composantes plus fines. Ainsi, la santé physique comprend-elle l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes et divers indicateurs biomédicaux. Les capacités fonctionnelles incluent le statut fonctionnel, la mobilité, les activités quotidiennes pouvant être accomplies et la relative autonomie (ou dépendance). Ces deux sous domaines peuvent être évalués de façon « externe » (résultats d'analyses et examens ; diagnostic médical) ou « interne » (santé et capacités fonctionnelles subjectives). Après avoir longtemps utilisé des données externes pour évaluer la qualité de vie liée à la santé, on prend de plus en plus en compte l'autoévaluation. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P. 49)

En effet, pour des raisons pratiques (coût) autant que théoriques (intérêt du point de vue du patient), on recourt à l'auto-évaluation de la santé. Les techniques sont plus ou moins simples ou complexes : le patient doit, par exemple, indiquer combien de fois il a utilisé des services de soins (consultations, hospitalisations) pendant une période donnée, évaluer son état de

santé sur une échelle visuelle analogique (de 0 à 100) ou sur une échelle de Likert (de « très mauvaise » à « excellente »). Parfois, il doit évaluer la fréquence (ou l'intensité) de certains symptômes (90 symptômes dans la SCL-90 de Derogatis, 1994), tâche plus complexe.

Parfois, la même grille est remplie par les médecins et par les personnes malades. (Ibid.)

4-3) domaine social :

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 : familiale, 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.)

4-4) autres domaines de la qualité de vie :

À ces divers domaines de la qualité de vie, on a parfois ajouté l'environnement. Dans le WHOQOL-100, l'environnement est une dimension comprenant des aspects plus spécifiques, les uns concernent le bien-être matériel des individus (revenu ; qualité du logement, etc.), d'autres dépendent du pays,

de la ville ou du quartier (liberté et sécurité ; accès facile à des soins et qualité des soins ; climat, bruit et pollution ; transports). Quant aux dimensions du bien-être proposées par la psychologie positive (épanouissement et réalisation de soi ; sens donné à la vie, engagement...), elles sont compatibles avec les contenus (positifs) des dimensions physique, psychologique et sociale de la qualité de vie. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2014, P.53)

5)- la qualité de vie liée à la santé :

La santé est, nous l'avons dit, une des composantes du concept de qualité de vie. Selon Grenier (1995), il a fallu attendre les années 1970 pour que soit faite la distinction entre les déterminants de la qualité de vie spécifique à la santé (Qdv 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 la Qdv ne recouvrait plus que les domaines liés à la santé, à l'impact de la maladie ou des traitements sur la vie personnelle et sociale des maladies. 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 Qdv 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. (S. Sultan, I. Varescon, 2012, P. 22).

Afin de conserver le caractère subjectif et pluridimensionnel du concept et d'éviter de le réduire à la simple prise en compte d'un degré de bien-être, le vécu du sujet est apprécié par des auto-questionnaires comportant des critères subjectifs, mais aussi objectifs. Les outils proposées (sauf ceux qui sont spécifiques à une pathologie) ne doivent pas faire référence à une symptomatologie particulière, mais aux conséquences ressenties en terme d'altération des différents domaines de la Qdv, 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 ; voire d'exprimer son sentiment d'handicap ou d'atteinte de l'estime de soi. (S. Sultan, I. Varescon, 2012, P. 23)

6)- les mesures de la qualité de vie :

Il existe deux sortes d'échelles de QDV :(générique et spécifiques).

Les mesures génériques ont été élaborées pour convenir à une grande variété d'individus et de groupe ; elles couvrent des aspects très vastes de l'existence, concernent à la fois les ressources physiques, mentales et sociales des individus et la façon dont ceux-ci évaluent globalement leur vie. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 71)

Les mesures spécifique sont adopté aux problèmes particuliers d'une population donnée (atteinte d'une maladie, d'un handicap, ou subissant un traitement particulier).elle explore de façon précise les domaines de vie pouvant être affectés par cette maladie ou ce traitement. Elles sont générales plus coutes et plus sensibles au changement que les mesures génériques, mais ne permettent pas de comparaison entre des groupes différents. (Ibid.)

6-1) les mesures génériques :

6-1-1) Le MOS SF-36 (Medical Outcome Study, Short-items):

Il est issu d'une étude transversal menée sur 20 000 patients et d'une étude longitudinale menée pendant 4 ans sur 2 546 patients souffrant de pathologie diverses (diabète, hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, etc.) par Ware et Sherboune (1992). Au départ la QDV était évalué par 149items. Les échelles qui en sont dérivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concernent plusieurs domaines et dimensions de QDV et leurs items sont des échelles de Likert.

Le SF-36 doit sa notoriété à un projet international (le projet IQOLA : international Quality of Life Assessment) qui a consisté à consisté et valider

cette technique dans 15 pays différents, dont la France (Leplège et al. 1998). Il s'agit bien d'une échelle de QDV générique qui explore la santé physique, émotionnelle et sociale. On n'y trouve ni bien-être matériel, ni valeurs, ni satisfaction de la vie globale. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 73)

Si l'on dispose pour cette outil d'un étalonnage français très satisfaisant et de preuves quant à ses qualités psychométriques, sa validité de construire devra être plus largement établie. Des analyses inertielles des réponses, suivies de rotations Varimax, ont montré que les échelles se regroupent en deux facteurs, l'un de QDV « physique », l'autre de QDV « psychique » (Leplège, 1999, p. 89)

Tout le monde s'accorde à évaluer le FF-36 très favorable, car il est validité et d'une fidélité satisfaisantes compte tenu de son petit nombre d'items, de sa bonne acceptabilité et de sa sensibilité (il convient à des populations atteintes d'affections bénignes et aux sujets tout-venant). De plus on dispose de normes établies dans de normes établies dans de nombreux pays et sur de nombreux groupes cliniques. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 73)

6-1-2) Le WHOQOL-100 et le WHOQOL-26 :

Le WHOQOL (World Health Organisation Quality of Life) est un instrument destiné à être utilisé dans le monde entier. Il correspond à un ambitieux projet de l'OMS : élaborer un outil qui respecte les différences culturelles (aspects éventuellement spécifiques de la QDV), tout en permettant des comparaisons internationales. Le WHOQOL à 100 items (WHOQOL-100) et une version plus court à 26 items (WHOQOL-26) ont été élaborés et adaptés dans 15 pays différents par l'OMS (Caria et Quemada, 1995 ; Leplège, 1999 ; OMS, 1997). La version longue permet d'explorer six domaines de la QDV (santé psychique, autonomie, relation sociales, environnement et spiritualité). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 75)

La version courte à 26 items n'explore que 4 domaines (santé physique, santé psychologique, relations sociales, environnement). Elle a des qualités

psychométriques satisfaisantes. La version française réalisée par Leplège et al. (2000) a été appliquée à une population de 2 012 sujets atteinte d'une maladie neuromusculaire et s'avère d'une bonne sensibilité discriminative (voir version à 26 items dans l'encadré 1.8). C'est sans doute l'instrument le plus intéressant actuellement, car il est sensible, fidèle, homogène, économique et que de nombreuses normes existent (dans différents pays et sur divers sous-groupes). Il a été traduit dans 20 langues différentes. Des modèles additionnels concernant des pathologies spécifiques sont en cours d'élaboration. On souhaiterait que la validité de cet outil soit plus clairement établie. Les domaines d'utilisation de WHOQOL-26 sont nombreux : la pratique médicale, la recherche, l'évaluation des soins, le choix de certains traitements, etc. en psychologie de la santé, on l'utilise surtout pour évaluer la QDV comme critère à prédire. (Ibid.)

6-2) les mesures spécifiques :

Des échelles de QDV spécifiques ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patients douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques, arthritiques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie (ou celui de certains protocoles thérapeutiques) sur les divers domaines de la vie (limitations et altération, mais aussi évolution dans le temps). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 76)

6-2-1) L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales):

Cet outil a été élaboré pour évaluer la QDV de patients atteints d'arthrite rhumatoïde (**AR**) dans un centre de recherches de l'université de Boston (Meenan et al. 1982). L'AIMS comprenait au départ 57 items et 9 échelles (mobilité, activité physique, activités quotidiennes, symptômes, santé perçue globale, gêne fonctionnelle, sévérité de l'arthrite, etc.) La validation de cet outil sur un échantillon de 625 patients a conduit les auteurs à l'améliorer et à en proposer une seconde version, L'AIMS-2, qui est encore bien longue (78 items

,12 domaines). Une version à 26 items abrégée, **L'AIMS-2-R** a été élaborée en 1995. (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 79)

Des auteurs français adaptent et valident cette version sur des patients polyarthritiques (Guillemin et al. 1997) et élaborent **L'EMIR** (l'échelle de mesure de l'impact de la polyarthrite rhumatoïde). Qui comprend 26 items et permet d'évaluer 5 dimensions valides et fidèles (physique, psychique, sociale, professionnelle, symptômes). On a administré **L'EMIR** (évaluation **QDV** subjective) et des mesures biomédicales et cliniques (évaluation de l'état fonctionnel « objectif » à 60 polyarthritiques français masculins suivis pendant 2 ans. Une analyse factorielle de ces critères (à la fin de suivi) a abouti à 2 facteurs : l'un de **QDV** « physique » (qui regroupe les indicateurs « objectifs et perçus d'activité de la maladie »). L'autre de **QDV** « émotionnelle ». (Ibid.)

6-2-2) Le QLQ-C30 (Quality of Questionnaire for Cancer Patients):

Cet outil a été élaboré par l'EORTC (European Organization for Research and Treatment of Cancer) pour évaluer la QDV de patient atteints de cancers du poumon (Aaronson et al, 1993), puis a été adopté pour d'autre patient cancéreux. Il comprend 30 items et mesure 9 dimensions de QDV spécifique (état physique, limitation des activités, état de santé émotionnel, relations sociales, nausée, fatigue, douleurs et état de santé générale). Une analyse menée en 1994 sur plus de 500 patientes atteinte de cancer du sein confirmera la stabilité cette structure factorielle et l'homogénéité et la stabilité des échelles.

Cet outil a été appliqué à 75 patients françaises atteintes d'un cancer du sein métastatique et suivie pendant 2 ans. On évaluait à la fin du suivi la QDV (par divers indicateurs hétéro-et auto-évalués). Une analyse factorielle de ces critères a permis d'isoler deux facteurs : l'un de QDV objective (critères biomédicaux), l'autre de QDV subjective (regroupent tous les critères auto-évalués) (pour plus de détails, cf. Cousson Gélie, 1997). (M. Bruchon-Schweitzer, E. Boujut, 2002, P. 81)

Synthèse :

Pour conclure, on va dire que la qualité de vie est un concept multidimensionnel, il englobe la qualité de vie d'une personne, la qualité de vie au travail, dans un pays ou dans une ville. L'étude de cette notion couvre évidemment une très vaste gamme de domaines politique, tout en répondant à un besoin particulier de localiser et de comprendre les disparités associées à l'âge, au sexe, à la santé, à la classe sociale et à la région.

PARTIE
PRATIQUE

Chapitre III :
LA
MÉTHODOLOGIE
DE
RECHERCHE

Préambule :

Dans ce chapitre, nous présentons notre méthodologie de recherche, révélant notre méthode de collecte des données ainsi que notre méthode d'analyse des données en se servant de l'entretien clinique, et le questionnaire de qualité de vie qui va nous permettre d'obtenir des données pertinentes répondant à la question de départ.

1) – la pré-enquête :

La pré-enquête est une phase de terrain assez précoce dont les buts essentiels, sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valides, fiables, renseignées, argumentées et justifiées. (O. Aktouf, 1987, P. 108)

Elle permet de délimiter le champ de la recherche, d'identifier son terrain ou sa population, de choisir sa population d'enquête, trois moyens complémentaires seront mis en œuvres : documentation, entretiens exploratoires et discussion. (J. Larmagne, F. Temporal, 2006, P. 17)

Pour réaliser notre mémoire fin d'étude (master), sur notre thème qui porte sur « **la qualité de vie des personnes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif** », Nous nous sommes dirigés vers le centre de **Toxicomanie** qui se situe à Ihaddaden-Bejaïa.

Après avoir eu l'avis favorable du directeur du centre, nous avons réalisé notre pré-enquête qui a durée (3semaines) du 25/12/2016 jusqu'au 15/01/2017, cette dernière nous a permis d'avoir un premier contacte avec le terrain.

Ensuite, nous avons effectué trois entretiens en langue maternelle (kabyle), avec 2 femmes et un homme, dont on a posé quelques questions concernant leur mode de vie avec un trouble obsessionnel-compulsif, 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 (Whoqol-Bref).

Cette étape, nous a été bénéfique dans le sens où elle nous a éclairés sur l'objectif exacte de la recherche, et nous a aidés à vérifier la disponibilité de notre population d'étude, elle nous a aussi permis d'améliorer notre guide d'entretien.

2)-Méthode de recherche :

La méthode clinique est liée à une attitude méthodologique générale qui consiste en l'étude plus au moins prolongée de cas individuels, l'individu étant considéré comme le cadre de référence. Elle répond à l'objectif principal de la psychologie clinique, à savoir comprendre l'homme dans sa totalité, dans sa singularité, en situation et en évolution (Daniel Lagache, 1949 ; Juliette Favez-Boutonnier, 1968), le sujet étant considéré ici comme un être unique, singulier, n'étant semblable à aucun autre. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P. 12)

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires:
Le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil *in vivo* des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. (L. Fernandez, J.L. Pedinielli, 2006, P.43)

Nous avons opté pour la méthode clinique parce qu'elle convient à la nature et la qualité de notre thème par ses outils (échelles, test, entretiens), ainsi qu'aux objectifs de notre recherche.

2-1)- l'étude de cas :

L'étude de cas fait partie des méthodes descriptives et historiques. Elle consiste en une observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. **(H. Bénony, K. Chahraoui, 2003, P. 126)**

L'étude de cas ne s'intéresse pas seulement aux aspects sémiologiques mais tente de resituer le problème d'un sujet dans un contexte de vie ou sont pris en compte différents niveaux d'observation et de compréhension : organisation de la personnalité, relation avec l'environnement et avec l'entourage, événements présents et passés.

De l'ensemble de ces données descriptives, le clinicien essaie de suggérer des hypothèses sur l'origine de la conduite ; celle-ci étant multiple, il essaiera de focaliser l'analyse sur l'ensemble réduit de facteurs ayant probablement entraîné la situation problématique. **(H. Bénony, K. Chahraoui, 2003, P. 12)**

L'étude de cas, est une méthode qui nous a permis d'élaborer une hypothèse afin de la vérifier.

3)- présentation du lieu de stage :

Pour bien organiser notre recherche sur la partie pratique de notre thématique, nous nous sommes dirigés vers le centre de Toxicomanie, **CIST** (centre intermédiaire des soins aux toxicomanes) à Bejaia, juste à coté de **l'EPSP** (établissement public de santé de proximité) qui se situe à Ihaddaden, et dans l'autre coté il y'a la **DAS** (direction d'action sociale).

Le centre intermédiaire des soins aux toxicomanes (**CIST**), est destiné pour les personnes souffrant de dépendance des matières ou de comportement et les prendre médicalement et psychologiquement, son rôle est préventif (sensibilisation), et curatif (psychothérapie).

Le centre exécute des tâches dans le cadre de la réception et le traitement des addictives en leurs présentant des conseils et de l'aide ainsi que l'orientation vers d'autre structure.

Ce centre (CIST) se compose d'un service d'accueil, un service médical, un service social, un service d'ergothérapie un service de prévention et de communication.

Dans le service psychologique ou on a pratiqué notre stage chez une psychologue, il y'a (3) bureaux de consultation psychologique dont une psychologue vacataire, un bureau pour psychiatre, un médecin généraliste, un laboratoire d'analyse, une secrétaire, un agent de sécurité et une femme de ménage.

4)- les caractéristiques du groupe de recherche :

4-1) Les critères d'inclusion :

Par rapport à notre thème de recherche, nous avons choisi :

- Les adultes atteintes de trouble obsessionnel-compulsif, dont l'âge varie entre (24/57ans).
- Les personnes qui présentent un consentement pour participer à l'étude.
- Les sujets qui sont atteintes d'un trouble obsessionnel-compulsif depuis plus d'un an.
- Tous les sujets qui sont diagnostiqué par un psychologue ou un psychiatre comme présentant un trouble obsessionnel-compulsif.

4-2) Les critères d'exclusion :

Nous avons exclu de notre recherche :

- Les patients qui n'acceptent pas de coopérer avec les stagiaires.
- Les personnes présentant des pathologies grave, (physique ou psychologique) qui peuvent perturber notre capacité d'attention ou de compréhension.

5)- Tableau n°1 : récapitulatif des cas étudiés :

Cas	L'âge	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition Du trouble
Mlle. D	25ans	universitaire	Etudiante	Célibataire	21ans
Mme. R	39ans	primaire	Femme au foyer	Mariée	27ans
Mlle. N	31ans	universitaire	Femme au foyer	Célibataire	27ans
M. K	33ans	Lycéen	Agent de sécurité	Célibataire	30ans
Mme. S	57ans	Analphabète	Femme au foyer	Mariée	47ans
Mlle. W	24ans	universitaire	Etudiante	Célibataire	16ans
Mlle. C	36ans	universitaire	Femme au foyer	Célibataire	28ans

6)-Les outils de recherche :

6-1) L'entretien clinique de recherche :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose le petit Robert, simplement comme l'action d'échanger des paroles avec une ou plusieurs personnes.

L'entretien est synonyme de conversation, discussion ou dialogue. Ce terme implique donc deux dimensions essentielles : interactive et discursive. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P. 11)

L'entretien clinique de recherche s'inscrit uniquement dans l'activité de recherche du clinicien. Dans ce cas, il n'a pas d'objectif thérapeutique ou

diagnostique, mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine particulier choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande. (H. Bénony, K. Chahraoui, 2003, P. 142)

Durant notre recherche, nous avons choisi l'entretien semi-directif avec un guide souple de questions élaboré en fonction des hypothèses posées, et qui rassemble les différents axes que nous souhaitons explorer.

6-2) L'entretien semi-directif :

Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose ici d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ; elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique. Le chercheur pose une question puis laisse le sujet associer sur le thème proposé sans l'interrompre. L'aspect spontané des associations 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. (H. Bénony, K. Chahraoui, 2003, P. 143)

Notre entretien semi-directif, on l'a effectué en « kabyle », en suivant le contenu de notre guide d'entretien que nous avons établie au préalable, dans le but de recueillir des informations concernant le sujet afin d'analyser les résultats et de vérifier notre hypothèse. Durant cette étape nous avons procédé à un enregistrement et à une prise de note de l'entretien (verbatim), privilégiant une attitude d'écoute flottante du sujet. Nous avons retenu seulement les éléments les plus significatifs pour favoriser l'interaction dans l'entretien.

6-3) Guide d'entretien :

Dans ce guide le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée, et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. (H. Bénony, K. Chahraoui, 1999, P. 68)

Notre guide d'entretien présenté dans l'annexe, nous a permis de vérifier le bien fondé de notre hypothèse, en abordant les axes essentiels de notre travail, dont chaque axe comprend plusieurs questions, et qui sont déclinés de la façon suivante :

Axe 1 : renseignement général.

- ✓ Dont l'objectif est d'identifier les patients.

Axe 2 : l'état du patient avant et au début de son trouble.

- ✓ Dont l'objectif est de chercher les antécédents qui seraient relative à ce trouble, et le vécu du patient suit au moment ou le trouble a émergé.

Axe 3 : l'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions.

- ✓ Dont l'objectif est d'identifier des éléments relatifs du TOC.

Axe 4 : la qualité de vie du patient.

- ✓ Dont l'objectif est d'évaluer la qualité de vie du patient.

7)-La présentation du questionnaire :

Le WHOQOL-bref (18), version abrégée en 26 items du WHOQOL-100, est un questionnaire d'auto évaluation générique et multidimensionnel. Il 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). Il 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 Reveillère (23) ont validé le WHOQOL-bref auprès de patients français atteints de troubles neuromusculaires. (X. Saloppé, T.H. Pham, 2007, P. 10)

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.

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 :

$$\text{Score transformé} = \frac{(\text{score du patient au domaine} - \text{score le plus bas au domaine}) \times 100}{\text{Score possible au domaine}}$$

Tableau n°3 : Plus petits et plus grands scores du WHOQOL-bref en fonction des domaines.

Domaines	Score le plus bas (A)	Score le plus haut(B)	Etendu des scores possible (B-A)
Santé physique	7	35	28
Santé psychologique	6	30	24
Relation sociale	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.

8)-Le déroulement de l'enquête :

L'enquête consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes, dans le but de recueillir des informations, qui constitueront la véritable base de notre recherche.

Notre enquête s'est déroulée au niveau du centre de toxicomanie (CIST), centre intermédiaire de soins aux toxicomanes à Ihaddaden- Bejaïa, du (22/12/2016- 22/03/2017).

Durant notre enquête, nous avons d'abord prévenu nos sujets, en leur expliquant le but de notre travail, ensuite nous nous sommes engagées à utiliser les données recueillies à des fins exclusivement scientifiques.

Enfin, une fois que nous avons obtenu leur consentement, nous avons procédé aux entretiens semi-directifs, d'une durée de (25 à 45minutes). Ces entretiens nous ont permis de se renseigner sur les informations générale du patient, son état avant et au début de son trouble, son état suite aux obsessions et aux compulsions, ainsi que des informations concernant leur qualité de vie.

Ensuite, nous sommes passé à la passation de notre questionnaire (Whoqol-Bref), d'une durée de (7 à 13minutes), et qu'on a effectué dans la deuxième séance. Ce questionnaire on l'a réalisé d'une manière différente pour les cas de (Mlle. D, Mme. R, Mme. S), dont nous étions obliger d'intervenir afin de le traduire et de l'expliquer en Kabyle, par contre ; pour les cas de (Mlle. N, M. K, Mlle. C, Mlle. W), nous n'avions pas effectué la Traduction en Kabyle, vue leur niveau d'instruction.

9)- difficultés rencontrées durant la recherche :

- le manque des études antérieur concernant notre thème de recherche.
- Manque d'échantillon.
- Une autre difficulté s'agit d'une part du refus de certains patient de coopéré avec nous, et d'autre part y'avaient des sujets qui ne sont pas revenus afin d'établir le questionnaire.

Synthèse :

Ce chapitre s'avère très important pour toute recherche, car il nous a permis de suivre avec détaille une méthodologie qui nous a servi comme support, en illustrant des outils utilisé et leur analyse, dans le but de vérifier notre hypothèse formulé au début de la recherche.

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

Préambule :

Dans ce chapitre, nous essayerons de présenter notre groupe de recherche, ainsi que les résultats obtenus de l'entretien clinique (semi-directif), et le questionnaire (WHOQOL-BREF), nous exposerons aussi les résultats générales de notre étude, dans le but de vérifier notre hypothèse.

❖ 1^{er} Cas : « Mlle D »**1) L'analyse de l'entretien clinique :****1-1) Renseignement générale :**

Mlle D âgée de 25 ans, célibataire, d'un niveau d'instruction de 3^{ème} année universitaire, elle est la 9^{ème} d'une fratrie de 10, dont 5 filles et 5 garçons.

Le contacte avec le sujet était facile, elle s'est montrée coopérative, elle semblait triste et anxieuse ce qui montre une souffrance chez elle.

1-2) L'état du patient avant et au début de son trouble :

Le sujet a une bonne entente avec sa famille, plus particulièrement avec ses sœurs, elle aime bien faire la prière et lire le coran.

Mlle D ne présente aucune maladie organique, et elle n'a jamais consulté un psychologue auparavant, son trouble a commencé en 2013, elle a commencé par une dépression suite à un accident de voiture avec son père et son frère.

Elle nous a dit : «deg wasmi neel l'accident, tasentey-id kra n les idées yer uqeruy-iw diritent, amaken lhaja n diri ass tettru i gma ». Concernant les premiers symptômes qu'elle a remarqué au début de son trouble c'est la répétition de l'ablution et de la prière.

À l'annonce du diagnostic Mlle D était étonnée car elle n'avait aucune idée sur son trouble, elle a peur du traitement, d'après ses dires : «...asmi iytenad l

psychologue belik s3iy lweswas dehcey, tenayid tlaqam dwa bech akmet3awen, meena nekki ugadey ayetkmel i lhalaw ».

Notre sujet trouve du mal à vivre avec sa pathologie, elle nous a dit : « εeyiy, teskreh-iyi lhayat-iw ».

1-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

Mlle D présente des rituels de lavage et de calcul à partir du chiffre « 7 », son obsession tourne autour de la peur mystique qu'un danger pourrait provoquer son frère qui est classé le 7^{ème} de la fratrie. Elle faisait ces rituels afin d'annuler cette pensée et cette image négative, elle nous a dit :

« Tεawadey toujours tazalit waḥid l wuḍu "7" n iberḍan, asmi ara adkecmey yer le bus je préfère adeqimey deg la place "7", i waken gma utitawey ara kra ... ». Notre sujet souffre des idées parasite et obsédante qui s'impose a sa conscience, elle nous a dit : « ur zmirey ara adeqimey waḥid yelis n gma tamezyant igesean une maladie chronique, 3laxater tasentey-id kra n les images yer uqeruy-iw diritent amaken xedmeyas le mal ».

Le sujet présente une certaine culpabilité d'après ses dires : « ur zmirey ara adruḥey yer tmeyriwin ney adqeεdey iman-iw, εlajal n yelis n gma ighelken mlih, lukan ad εeley leḥwayej ayi amaken ur εlimey ara zyess... »

Mlle D trouve une difficulté lorsqu'elle ne met pas les choses sous son contrôle d'où elle présente « une certaine angoisse, peur, des éclats de pleur... ».

1-4) La qualité de vie :

Le mode de vie et le caractère de notre patiente ont changé après son atteinte de ce trouble, elle voit ce dernier comme un obstacle qui l'empêche d'avancer dans ses études, dont elle souffre d'une difficulté de concentration et

de mémorisation, de révision et de la maîtrise de ses comportements, ce qui lui a causé un échec scolaire en (2015-2016). Elle nous a dit : « deg les examens ur zmirey ara ikel adeconcentriy, malgré sney la réponse uzmiroy ara atæley, vraiment æeyiy ». Ce qui signifie que la qualité de vie psychologique de notre sujet est affectée négativement.

Les relations sociales et familiales de notre sujet sont perturbées, elle s'isole, elle évite ses amis, et elle cache sa maladie de son entourage, car la peur et la honte d'être prise par une folle la conduise à tenir son toc en secret. Elle nous a dit : « ur zmirey ara adeyney deg la chambre n la résidence, ugadey timduk-al-iw aderent l bal-nsent yer l wuḍu waḥid tzalit ynou itæawadey ». Ce qui nous a fait déduire que sa qualité de vie sociale et familiale est influencée négativement.

La santé de Mlle D est altérée, elle présente des maux de tête, une grande fatigue, perte d'énergie, trouble du sommeil. Ce qui témoigne que sa qualité de vie physique est affectée négativement.

À propos de son avenir, Mlle D nous a signalé, qu'elle n'avait pas peur de son avenir, et qu'elle dépasse cette pathologie en faisant des efforts comme : « le sport, pensé d'une manière logique, et le traitement psychiatrique qui a donné de bon résultat ».

1-5) Conclusion de l'entretien clinique :

Après la passation de l'entretien clinique avec Mlle D, nous avons constaté qu'elle présente des tocs de type idéative « Tæawadey toujours tazalit waḥid l wuḍu "7" n iberḍan, asmi ara adkecmey yer le bus je préfère adeqimey deg la place "7" », et impulsive « ur zmirey ara adeqimey waḥid yelis n gma tamezyant igesæan une maladie chronique, 3laxater tasentey-id kra n les images

yer uqeruy-iw diritent amaken xedmeyas le mal ».ce qui a affecté négativement sa qualité de vie sociale et familiale, physique et psychologique.

1-6) L’analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s’agit d’un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d’évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°4 : les résultats de Mlle D dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-2)+ (6-3) + 2+3+2+2+1	(7-35)	17	35.71%
Domaine 2	2+2+2+2+4+ (6-2)	(6-30)	16	41.66%
Domaine 3	2+3+3	(3-15)	8	41.67%
Domaine 4	1+2+2+2+1+5+2+4	(8-40)	19	34.38%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mlle D nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mlle D selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **17**
- Pour la santé psychologique : **16**
- pour le domaine social : **8**
- pour l’environnement : **19**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d’items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Mlle D à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **35.71%** qui est interprété comme un score faible.
- pour la santé psychologique : **41.67%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **41.67%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **34.38%** examiné comme score faible.

1-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu des scores faibles dans tous les domaines que se soit **physique, psychologique, social**, ainsi que le domaine de **l'environnement**

1-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées dans le guide d'entretien et le questionnaire, nous avons constaté que la qualité de vie de Mlle D est affectée négativement.

❖ 2^{ème} Cas : « Mme. R »

2) L'analyse de l'entretien clinique :

2-1) Renseignement générale :

Mme. R âgée de 39as, mariée et mère de 3 enfants, dont 2 garçons et une fille, elle est l'ainée d'une fratrie de 7, d'un niveau d'instruction primaire, elle est couturière.

Durant l'entretien, notre patiente avait l'air triste, calme, et la prise de contacte était marqué par un calme empathique, chargée de refoulement en raison de l'état psychologique dans le quel elle se trouve, et suite aux circonstances imposé par son trouble.

2-2) L'état du patiente avant et au début du trouble :

Notre sujet présente une maladie organique depuis 3ans, qui est l'arthrose et l'anémie. Son trouble à commencé lorsque elle avait 27ans ou se manifeste les premiers symptômes par « une peur intense, des idées noirs, des insomnies et l'anxiété », sa relation avec sa famille est perturbé surtout avec sa mère, et elle présente même des problèmes conjugaux.

Notre sujet n'a jamais consulté un psychologue auparavant, à l'annonce du diagnostic, elle était inquiète : « ugadey l'état ynu ad i Kemel ... »

Mme. R trouve des difficultés à vivre avec cette pathologie « Ur thibiy ara lhayat iw, teskreh iyi kulec ... »

2-3) L'état de patiente suite aux obsessions et aux compulsions :

Notre patient souffre de comportements de vérifications « ...teawadey it zalit iw 2 à 3 n iberdan, même l wudu dayen, clalayey lxedra wahid desserts plusieurs fois i wakken ad stahlay. ... ».

Notre sujet nous rapporte, qu'elle possède un chien dans sa maison, dont elle a toujours une image de celui-ci comme étant pourrie, même ses enfants elle les empêche de jouer en dehors de la maison, « mayela fyen, eelmey aydawin leefana ni n uqjun, alors je préfère ad qimen deg uxxam ... »

2-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de Mme. R est profondément altérée et bouleversés, «on dirait ticey deg l'enfer, byiy ad jiy wa ad eicey am leïbad, dayen ur zmiroy ara »

Son trouble l'empêche parfois de s'occuper de son marie et de ses enfants et cela provoque chez elle un sentiment de culpabilité, « ...des fois, a force tlethayey deg cyel wahid tzalit ni i teawadey, ud sewayey ara même pas lmakla i deryaw, argaz iw asmi ara ad d-yekcem seg lxedma, toujours qarey ass ilaq

atbedlet lqec ik wa tsirǧet mliḥ, umbæed iqar iyid matezaret iyi eefney », ce qui a créé plusieurs problèmes avec son mari. Ce qui montre que sa qualité de vie familiale est affectée négativement.

Côté relationnel Mme. R, s'isole des gens, elle n'aime pas fréquenter, « ...ur thibiy ara ad am daxley waḥid lēibad, malgré nesæa bezzaf n lǧiran mais ur txalatey ara, elaxater mayela kecmend axxam iw ilaq ad berzey mliḥ, Yerna Ugadey adfiqen s lehlak iw ». Ce qui signifie que sa qualité de vie psychologique, sociale est affectée négativement.

La santé de notre sujet s'est dégradé, d'ou elle présente une insomnie et même un manque d'énergie. Ce qui prouve que sa qualité de vie somatique et est affectée négativement.

Pendant l'entretien effectuer avec notre patiente, nous avons constaté en elle un sentiment d'anxiété et d'angoisse, liée à la peur de son avenir elle nous dit: «emal lweqt itedu, emal tagadey yef l'avenir ynu, ugadey ateqel lhala ynu pire yef wanecta, Yerna ugadey derya-w adeqlen am nekki ... ». Ce qui nous a fait déduire que sa qualité de vie psychologique est affectée négativement.

Mais malgré tous ces obstacles, Mme. R elle essaye de se débarrasser de Ses pensées en fournissant des efforts : «...j'essaye ad ksey axemem ayi, tefayey i wakken ad shuy cwya, waḥid sport dayen yetewan iyid, les voyages ... »

2-5) Synthèse de l'entretien clinique :

D'après les informations citées dans l'entretien, nous avons constaté, que Mme. R présente des Tocs de type phobique et idéative, « ...teawadey it zalit iw 2 à 3 n iberǧan, même l wuḍu dayen, clalayey lxeḍra waḥid desserts plusieurs fois i wakken ad staḥlay. ... ». Ce qui a affecté négativement sa qualité de vie sociale familiale, physique et psychologique.

2-6) L'analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°5 : les résultats de Mme. R dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-4)+ (6-2) +3 +1+2+1+2	(7-35)	15	28.57%
Domaine 2	3+1+1+1+2+ (6-4)	(6-30)	10	16.66%
Domaine 3	1+1+2	(3-15)	4	8.33%
Domaine 4	2+1+2+1+1+2+1+3	(8-40)	13	15.66%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mme. R nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mme. R selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **15**
- Pour la santé psychologique : **10**
- Pour le domaine social : **4**
- pour l'environnement : **13**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Mme. R à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **28.57%** qui est interprété comme un score faible.
- Pour la santé psychologique : **16.66%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **8.33%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **15.66%** examiné comme score faible.

2-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu des scores faibles dans tous les domaines que se soit **physique, psychologique, social**, ainsi que le domaine de **l'environnement**

2-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées dans le guide d'entretien et le questionnaire, on déduit que la qualité de vie de Razika est affectée négativement.

❖ 3^{ème} Cas : Mlle. N »

3) L'analyse de l'entretien clinique :

3-1) Renseignement Général :

Mlle. N âgée de 31 ans, célibataire, d'un niveau d'instruction universitaire, elle est la benjamine d'une fratrie de 10, dont (6) filles et (4) garçons.

Notre sujet s'est montré très coopérative avec nous, le contacte était bon ce qui nous a facilité la passation du guide d'entretien.

3-2) L'état du patient avant et au début de son trouble :

Les relations familiales de Mlle. N sont parfaites, sauf avec sa sœur d'où elle présente quelque conflit avec elle. Notre sujet ne présente aucune maladie

organique, et elle n'a jamais consulté un psychologue auparavant, par contre elle a consulté un psychiatre qui lui a prescrit des médicaments tel que (Anafranil, Athymil, Lysanxia).

Son trouble à commencé y'a 4 ans, c'était en raison de son médecin qui lui a annoncé qu'elle avait des nodules de sein ce qui est faux après le diagnostic et les analyses. Après quelques jours il y'avait le décès de son cousin, ce qui a déclenché en elle des Tocs. D'où se manifestent les premiers symptômes par des idées obsessionnels sur « la mort et la fin des temps ».

La réaction du sujet après le diagnostic c'était un soulagement d'après ses dires : «le psychologue tesfehmiyid dacu d le trouble ayi, umbæed ça m'a rassuré, tenayid c'est une pathologie qui disparaisse avec le temps, nekki nwiÿass dayen qley tamehbult ... ».

Notre sujet trouve du mal à vivre avec sa pathologie. « Je la vis trop dure, vraiment, c'est atroce ».

3-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

Mlle. N souffre des idées obsessionnelles qui font référence à la morale, métaphysique, la religion. Elle nous a dit «s3edayey ikel lweqt iw zat n le pc xezrey des vidéos sur la fin du monde, des émissions coraniques, je me posais des questions sur la création du bon dieu, txemimey toujours yer l mut, la fin des temps ».

Notre sujet trouve du mal à chasser ses idées noir qui se répètent dans sa tête, et qu'ils lui font peur « J'étais complètement angoissée, le choc n la maladie est iqimeyi deg uqerruy iw, ur zmirey ara ad shuy». Ce qui signifie que la qualité de vie psychologique de notre sujet est affectée négativement.

3-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de Mlle. N est bouleversé, d'après elle : «zarey lhayat iw tetwagaché, dunit iw truh deg sent ». Concernant le changement qu'elle a constaté après son atteinte, « je ne suis plus heureuse comme avant, je ne supporte plus les décès », sa pathologie l'a empêché de sortir, parler avec les gens, de voyager, de travailler, elle nous a dit « yiwen ubrid liy seqrayey deg yiwet n l'école privé, d'un seul coup sliyass i yiwen n le prof n science islamique ikhedem Tilawa à haute voix, husey ara i le corps ynu it ssergigi, xemey direct yer lmut, ce qui m'a poussé à arrêter le travail dans cette école... ». La vie de Mlle. N est beaucoup réduite parallèlement à l'évolution de son Toc. « tefayey rarement deg uxxam, ur thibiy ara ad xaltey, tajay toujours une certaine distance wahid mes amis... ». Ce qui prouve que la qualité de vie social et professionnel de notre sujet est affectée négativement.

Les relations familiales de Mlle. N sont stables elle n'éprouve aucune difficulté, quant à sa pathologie son entourage ainsi que ces parents étaient compréhensifs, ils la soutiennent afin de se débarrasser de son trouble.

À propos de la santé de notre sujet, elle s'est dégradée, elle présente un manque de sommeil, une difficulté respiratoire, perte d'énergie. Ce qui indique que la qualité de vie physique de notre cas est affectée négativement.

Mlle. N craint beaucoup sur son avenir, elle nous a dit : «ugadey mlih f l'avenir ynu, d'ailleurs ur elimey ara mayela ad eicey ney ad mtey ». Mais malgré cette inquiétude elle essaye de la dépasser en fournissant des efforts : «tceyiley iman-iw s kra, xedmey sport, je critique mes pensées ... ».

3-5) Synthèse de l'entretien clinique :

D'après les informations citées précédemment, nous avons constaté que Mlle. N présente des Tocs de type idéative « la mort, la fin des temps, la

création de dieu... », Ce qui a affecté négativement sa qualité de vie social et professionnel, physique ainsi que psychologique.

3-6) L’analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s’agit d’un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d’évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°6 : les résultats de Mlle. N dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-5)+ (6-5) + 1+1+1+1+1	(7-35)	7	0%
Domaine 2	1+1+1+1+1+ (6-5)	(6-30)	6	0%
Domaine 3	1+1+5	(3-15)	7	33.33%
Domaine 4	1+4+2+1+3+1+5+2	(8-40)	19	34.38%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mlle. N nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mlle. N selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **7**
- Pour la santé psychologique : **6**
- Pour le domaine social : **7**
- pour l’environnement : **19**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d’items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une

échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Nadjat à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **0%** qui est interprété comme un score faible.
- Pour la santé psychologique : **0%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **33.33%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **34.38%** examiné comme score faible.

3-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score faible dans **la santé physique, psychologique, social ainsi que le domaine de l'environnement** ».

3-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées durant le guide d'entretien et le questionnaire, nous avons constaté que la qualité de vie de Mlle. N est affectée négativement.

❖ **4^{ème} Cas : « M. K »**

4) L'analyse de l'entretien clinique :

4-1) Renseignement générale :

M. K âgée de 33 ans, célibataire, d'un niveau d'instruction de 3AS « terminal », il travaille comme agent de sécurité dans la prison, il est le 5eme d'une fratrie de (9), dont (7) filles, (2) garçons.

Notre sujet s'est montré coopérative avec nous, le contacte était facile, il était souriant, il a montré sa bonne humeur ce qui nous a facilité le déroulement de l'entretien.

4-2) L'état du patient avant et au début de se trouble :

M. K présentes de bonnes relations avec sa famille, il aime bien pratiquer le sport et faire des voyages. Il n'a aucune maladie organique, en plus il n'a jamais consulté un psychologue, d'après lui son TOC a commencé il y'a 3 ans et c'était en raison des attaques de paniques qu'il a vécu auparavant. Concernant les premiers symptômes qu'il a remarqué au début de son trouble : « mayela teyliyi lhaja yer lqaea, jamais atidrefdey, zareyt twessex mliħ, mayela musseyt adhelkey... »

En 2013, il a décidé de consulté un psychologue ; car il n'arrive pas à supporter son état. Sa réaction au moment du diagnostic était normale, d'ailleurs, il cherche à comprendre sa maladie

4-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

M. K souffre des rituels de vérifications tel que : les fermetures des portes, vérification des caméras et des téléphones portables dans les lieux ou il se retrouve par crainte que l'un des magasins ou il a été aperçu est enregistré, car il ressent un débat de conscience interminable, il nous a dit : «tcukutey deg kulec, asmi ara dezrey la caméra ney téléphone, thussuy amaken yella hed yetabaeyid, dayen iyid yetajan thufuy toujours advérifiyé, tvérifiyé dayen tiwura waħid le gaz mayela belBen (3)fois... »,

Concernant les Rituels de lavage ; le sujet présente une peur intense de contamination et de microbe. Il a dit : «ur zmirey ara adeswey lqahwa n la presse, je demande toujours les sachets de nescafé waħid waman izedyanen... »

Notre sujet craint d'être contaminé de la tuberculose ; selon lui : « Jamais adayeɣ neɣ adečey lkawkaw Yelan zdaxel n les sachets ni le plastique, elaxater ugadeɣ hed ighelken la tuberculose iɣutit ».

Dans sa fonction ou il réside, avant de prendre sa douche, il devait toujours passer par le rituel de nettoyage qu'il devait faire lui-même et personne d'autre, un nettoyage qui durait au minimum une heure.

M. K a aussi a des rituels de répétition et de calcul dont il refait une action (3) fois, il compte aussi les escaliers, le carrelage, les piliers et les colonnes. «Asmi ara adiliɣ deg le bus tyimayey ɣer taq iwakken adħssbey les piliers, cejrawit, deg ubrid hetbey le carlage, lazem 3 n iberɗan iwaken adestaħlay... ».

Ses contraintes le pousse à refaire et contrôler les choses, il nous a dit : «tħussuy iman iw toujours deg le besoin iwakken advérifiyé leħwayej, mayela uzmergeh ara adecontroliɣ, tqeliqey Yerna xedmey l'impossible, sinon ça va pas... ». Ce qui montre que sa qualité de vie psychologique est affectée négativement.

4-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de notre sujet est ruinée et bouleversé, il n'apprécie plus les choses de la vie. D'après ce qu'il nous a signalé «twaliɣ lħayat iw anormal ... » sa maladie l'empêche d'aller dans certains endroits où il y'a la pollution comme la cafétéria parce qu'il y'a le tabac.

Il nous a informé aussi du changement qu'il a constaté après son attente de son trouble surtout au niveau de son travail : « tħussuy imani-iw maci kif kif am weyit, deg lxedma ynu induk'al iw tagaden imeħbass, meena nekki tagadeɣ la pollution, txemimeɣ toujours ɣuess, vraiment eeyiɣ »

La santé de notre sujet s'est dégradée, il manifeste une perte d'énergie et de plaisir, un manque de sommeil, une fatigue intense. Ce qui signifie que sa qualité de vie somatique est affectée négativement.

Les relations sociales et familiales de M. K sont entravés et compliqué, son entourage ainsi que sa famille n'ont pas conscience de sa souffrance, il cache sa pathologie car il se sent dévalorisé et honteux de son trouble, il nous a dit : « tsufriy mlih ulac uma d yiwen ara yifehmen ». ce qui prouve que sa qualité de vie sociale et familiale est affectée négativement.

Le sujet à une certaine inquiétude quant a son avenir, il nous a dit : « txemimey toujours au pire »

4-5) Synthèse de l'entretien clinique :

Après avoir effectué notre entretien avec M. K, nous avons constaté qu'il présente des Tocs de type phobique « Jamais adayey ney adečey lkawkaw Yelan zdaxel n les sachets ni le plastique, elaxater ugadey hed ighelken la tuberculose iřutit », mayela teyliyi lhaja yer lqæa, jamais atidrefdey, zareyt twessex mlih, mayela musseyt adhelkey » ,et idéative « Asmi ara adiliy deg le bus tyimayey yer taq iwakken adhssbey les pilliers, cejrawit, deg ubrid hetbey le carlage, lazem 3 n iberdan iwaken adestahlay tvérifiéy dayen tiwura waħid le gaz mayela belBen (3) fois ». Ce qui a affecté négativement sa qualité de vie ; social, professionnel, physique et psychologique.

4-6) L'analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s'agit d'un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d'évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°7 : les résultats de M. K dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-2)+ (6-1) + 3+2+2+2+1	(7-35)	19	42.86%
Domaine 2	2+2+2+2+3+ (6-4)	(6-30)	15	37.5%
Domaine 3	3+4+1	(3-15)	8	41.67%
Domaine 4	2+1+3+1+3+2+3+2	(8-40)	17	28.13%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, M. K nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de M. K selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **19**
- Pour la santé psychologique : **15**
- Pour le domaine social : **8**
- pour l'environnement : **17**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela M. K à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **42.86%** qui est interprété comme un score faible.
- Pour la santé psychologique : **37.5%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **41.67%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **28.13%** examiné comme score faible.

4-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu des scores faibles dans tous les domaines « **physique, psychologique, social**, ainsi que le domaine de **l'environnement** ».

4-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées dans le guide d'entretien et le questionnaire, nous avons constaté que la qualité de vie de M. K est affectée négativement.

❖ 5^{ème} Cas : « Mme. S »**5) L'analyse de l'entretien clinique :****5-1) Renseignement général :**

Mme. S âgée de 57ans, marié, elle à 8 enfants dont 2 été décédé depuis leur jeune âge, elle est la 2^{ème} d'une fratrie de 12 dont 5 filles et 7 garçons.

Notre sujet était très coopérative, elle a accepté de participé à la recherche volontairement, elle a montré sa bonne humeur ce qui nous a facilité le contacte avec elle.

5-2) L'état du patient avant et au début de son trouble :

Notre sujet présente plusieurs pathologies organiques (hypertension artérielle depuis son 1^{er} accouchement, trouble thyroïdien depuis 7ans, trouble rénal et du foie avec pathologie des poumons depuis l'année dernière.

Elle n'a jamais consulté un psychologue auparavant, son trouble s'est débuté en 2007.

Mme. S est très à cheval sur la propreté depuis son enfance, elle relie cela à son enfance malheureuse et à son sentiment d'être responsable depuis le départ de sa mère qui l'a laissé toute petite, elle nous raconte sa souffrance avec une

grande tristesse : «deg wasmi temut yema, d nekki iguesqumayen s uxxam waħid wayetma, tametut n baba tuær tesufreyi, deg wasmi ara dekrey nekki waħid cyel, uæacey ikel temziynu ».

Durant de nombreuses années, notre sujet n'a pas ressenti de gêne, ni de souffrance à être si préoccupé par la saleté : « deg wasmi liy tamezyant thïbiy adxedmey cyel, thïbiy adezrey lhala tazedyant».

Son TOC s'est progressivement aggravé au fil des années, lui prenant petit à petit plus de temps, Parmi les premiers symptômes qu'elle a remarqué au début de son trouble, elle nous a dit : « tmassay leħwayej 2 à 3 fois, lweqt-iw Ikel itruħ deg cyel, aqbel adečarey aman, ilaq adecliley mliħ l tuyau waħid tiqeræatin bezzaf n iberđan, tetafey azgen saæa... ».

La réaction de Mme. S au moment du diagnostic était normal, elle n'était pas surpris, car elle savait que c'était exagéré de sa part.

Notre patiente trouve du mal à vivre avec sa pathologie : « æeyiy mliħ, surtout waħid lehlakat ynou, thussuy amaken aqerruy-iw ur iħebbes ara deg uxemem... ».

5-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

Mme. S souffre des rituels de lavage, de vérification et de calcul, d'après ses dires : « thïbiy mliħ tezdegt, ɣas akken yessi tseyiqent mliħ akken iqwem axxam, meæna nekki lazem ad aæawdey s ufus-iw bezzaf n iberđan i wakken ad staħlay, thïbiy kulec ad yili deg umkan is.. ».

Notre sujet effectue plusieurs vérifications, elle nous a dit : « xezrey tiwura waħid le gaz mayela belæen bezzaf n iberđan (2 à 3 fois), asmi ara ydir ħed serf lazem ad ten-xezrey mliħ mayela uwsixen ara, mulac ahnesirdey mliħ, i wakken uhelkey ara »

Ses rituels l'ont poussé à recoudre toute une couette qu'elle n'avait acheté rien que le fil n'était pas de la même couleur du tissu. « Asmi ara desyey kra deg

thanut, lazem ades3un ikel yiwet n la couleur, waħid la forme, mayela tajelabt ilaq atesirdey mliħ i wakken atelsey, mulac adhelkey ».

5-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de Mme. S est perturbé, elle dit : «lweswas ayi iqteħ iyi ad eicey lħayat iw am leibad iten ». À propos du changement qu'elle a remarqué depuis son atteinte : « dayen eeyiy le trouble ayi isruħ iyi lweqt iw akked idrimen iw, qley tqeliqey bezzaf, aqeruy iw itxemim ken yef kulec, ur yij ara ikel tranquille ... ». Ce qui signifie que la qualité de vie psychologique de notre sujet est affectée négativement.

Notre sujet, nous a avoué qu'elle n'a aucun souci concernant ses relations et ses contacts avec son entourage, elle nous a informé qu'elle présente de bonnes relations avec les gens. Ce qui montre que la qualité de vie social de notre sujet est bonne.

Les relations familiales de Mme. S sont détériorés : «tenayey toujours waħid yessi 3lajal n cyel, umbæed qarent iyid bezzaf c'est exagéré, itqeliqitent lweswas ynu ». Elle présente aussi des problèmes conjugaux, elle nous a dit : « argaz iw uyifehem ara, seey toujours des problèmes dides elajal lweswass ynu ». Ce qui prouve que la qualité de vie familiale de notre sujet est affectée négativement.

La santé de Mme. S s'est dégradé, elle manifeste des plaintes physique sui se traduit par une hypertension artérielle et du foie avec maladie des poumons récemment après son atteinte de ce trouble et une fatigue chronique. Ce qui dévoile que sa qualité de vie somatique est affectée négativement.

Notre patiente essaye de dépassé son trouble avec : « des sorties, confronter des gens afin de se distraire ».

5-5) Synthèse de l'entretien clinique :

En se référant aux informations recueillis dans le guide d'entretien, on conclut que Mme. S présente des TOCS de type phobique et idéative, « xezrey tiwura waħid le gaz mayela belæen bezzaf n iberđan (2 à 3 fois), asmi ara ydir

hed serf lazem ad ten-xezrey mlih mayela uwsixen ara, mulac ahnesirdey mlih, i wakken uhelkey ara ». Ce qui a influencé négativement sa qualité de vie physique, psychologique et familiale.

5-6) L’analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s’agit d’un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d’évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°8 : les résultats de Mme. S dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-4)+ (6-4) + 3+2+2+2+1	(7-35)	14	25%
Domaine 2	2+3+4+2+3+ (6-2)	(6-30)	18	50%
Domaine 3	5+4+3	(3-15)	12	75%
Domaine 4	4+3+2+4+2+3+2+3	(8-40)	23	46.88%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mme. S nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mme. S selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **14**
- Pour la santé psychologique : **18**
- Pour le domaine social : **12**
- pour l’environnement : **23**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d’items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Mme. S à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **25%** qui est interprété comme un score faible.
- pour la santé psychologique : **50%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **75%** décrit comme score élevé.
- Pour l'environnement : **46.88%** examiné comme score faible.

5-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu des scores faibles le domaine « **physique, psychologique, environnement,** » et un score élevé dans le domaine **social**.

5-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées dans le guide d'entretien et le questionnaire, nous avons constaté que la qualité de vie de Mme. S est affectée négativement.

❖ 6^{ème} Cas de « Mlle. W » :

6) L'analyse de l'entretien clinique :

6-1) Renseignement général :

Mlle. W âgée de 24ans, célibataire, d'un niveau d'instruction de 1^{ère} année universitaire en langue française, elle est l'ainée d'une fratrie d'une sœur.

Notre sujet s'est montré coopérative avec nous, le contacte était riche et facile, ce qui nous a facilité le déroulement de l'entretien.

6-2) L'état du patient avant et début de son trouble :

Mlle. W à présenté une maladie organique à l'âge de 7ans qui est l'épilepsie, son traitement à durée 8ans, ce qui lui a causé un retard dans ses études pendant 5ans.

Son trouble à commencé lorsqu'elle avait 16ans, suite à un abus sexuel, d'après ses dires : «asmi iseiγ 13 n sna, on m'a agressé sexuellement, argaz ni iyixedmen akka yemut s le cancer, ttşwıras ynes atan toujours deg uqerruy iw ... ». Après 3ans le sujet commence à manifesté certains symptômes suite à cette évènement qu'elle a vécu. Elle nous a dit : « ...deg imiren, ugadeγ ayixdem hed le mal, ugadeγ dayen ad jerheγ hed negh ad tewteγ ».

Notre sujet n'a jamais consulté un psychologue auparavant, elle a consulté un psychiatre qui lui a prescrit des antidépresseurs. À l'annonce du diagnostic, sa réaction était normale, «uxliæγ ara, cukteγ belik d lweswass, zriγ deg l'internet, umbæed le psychologue terna tenayid bellik danecta. ... ».

Mlle. W trouve du mal à vivre avec cette pathologie, elle dit : «tsufriγ mliγ, yiwen wass adiliγ bien, yiwen wass ça va pas, le trouble ayi iseuγ iyi lhayat iw ... ».

6-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

Notre sujet souffre des comportements de vérification et d'images agressives qui s'impose dans son esprit, elle nous a dit : «tvérifiéγ toujours ayen iketbey waγid ayen ideniγ, teawadeγ as bezzaf n iberdan elawater ugadeγ ad jerheγ hed, aqeruy iw toujours iqareyid zemret atenyet hed meena ur elimeγ ara s wacu, mais au fond de moi elmeγ belik utxedmeγ ara, meena aqeruy iw itæawedyid toujours anecta, umbæed tşussuγ s yiwet nelqelqa tameqrant ... ».

Notre sujet se sent rassuré lorsqu'elle met les choses sous son contrôle, mais par ailleurs, elle se sent stressé et détesté par tout le monde si elle ne

parvienne pas à se contrôler, «tqeliqey asma dyili ur zimirey ara advérifiyé ayen ixedmey, des fois beyuy adesuicidéy, elaxater byiy kulec ad yili sous mon contrôle, i wakken adafey une solution i wayen iydiqar uqeruy iw... ».

6-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de Mlle. W est entravé, elle nous a dit : «zarey lhayat iw utese ara lmeena, lweswass ayi iqtee iyi adεicey lhayat iw akken iqwem....».

Les relations sociales et familiales de notre sujet sont perturbées, elle nous a dit : «ur thibiy ara adxaltey lyaci, elajal n uxemem ayi isεiy, il me perturbe et me gâche mes relations ». Coté familial, Wassila présente un manque de soutien, elle dit : «ur temsifhamey ara waħid lfamilyaw, ur yfehmen ara, qaren iyid maci d lehlak d ciġan ken ikmitweswissen, vraiment je souffre... ». Ce qui prouve que la qualité de vie sociale et familiale de notre sujet est affectée négativement.

Son trouble la prive de toutes activités comme les sorties, les voyages, car elle pense toujours à son passé, «aqeruy iw ur yesεara ikel une place pour réviser et retenir l'information, sehuɣ bezzaf elajal n les pensées ayi i ydewiren deg uqeruy iw, ur zmirey ara ikel adeconcentriɣ deg les études ynou ». Ce qui signifie que la qualité de vie psychologique de notre sujet est affectée négativement.

À propos de la santé de Mlle. W, elle s'est dégradée, elle présente une perte de poids intense d'où elle a subi une anorexie, un manque d'énergie et de sommeil. Ce qui montre que la qualité de vie physique est affectée négativement.

Quant à l'avenir, notre patiente semble pessimiste : «ugadey mliħ yef l'avenir ynu, ur εlimey ara dacu ara yitrun yer zat, ugadey adeqimey iman iw elajal n l lweswass ayi ». Mais malgré cette inquiétude Mlle. W essaye de dépassé ses peurs on fournissant des efforts dont elle critique et contrôle ses

pensées, elle dit : «des fois qareyas Lan leibaḍ, sean une vie plus misérable que la mienne ».

6-5) Synthèse de l’entretien clinique :

D’après les données recueillis dans l’entretien, nous avons constaté que Wassila souffre des Tocs de type idéative et impulsive, «tvérifiyéy toujours ayen iketbey ney ayen ideniḡ, tawadey as bezzaf n iberḍan elawater ugadey ad jerḡey ḡed, aqeruy iw toujours iqareyid zemret atenḡet ḡed meena ur elimey ara s wacu », ce qui a affecté négativement sa qualité de vie social et familial, physique et psychologique.

6-6) L’analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s’agit d’un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d’évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°9 : les résultats de Mlle. W dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-2)+ (6-3) + 2+4+2+3+2	(7-35)	20	46.43%
Domaine 2	2+3+1+1+4+ (6-4)	(6-30)	13	29.17%
Domaine 3	2+2+2	(3-15)	6	25%
Domaine 4	1+2+3+2+3+2+3+2	(8-40)	20	37.5%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mlle. W nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mlle. W selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **20**
- Pour la santé psychologique : **13**
- Pour le domaine social : **6**
- pour l'environnement : **20**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Mlle. W à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **46.43%** qui est interprété comme un score faible.
- pour la santé psychologique : **29.17%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **25%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **37.5%** examiné comme score faible.

6-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu des scores faibles dans tous les domaines que se soit **physique, psychologique, social**, ainsi que le domaine de **l'environnement**

6-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées dans le guide d'entretien et le questionnaire, on déduit que la qualité de vie de Wassila est affectée négativement.

❖ 7^{ème} Cas : « Mlle. C »**7) Analyse de l'entretien clinique :****7-1) Renseignement général :**

Mlle C âgée de 36ans, célibataire, d'un niveau d'instruction de BAC+1 elle est l'aînée d'une fratrie d'une sœur.

Notre sujet s'est montré coopérative durant l'entretien, elle a accepté de faire l'entretien avec elle volontairement, elle a montré sa bonne humeur ce qui nous a facilité de le déroulement de l'entretien.

7-2) L'état de patient avant et au début son trouble :

Notre sujet à vécu une enfance calme, elle présente de bonnes relations avec sa famille, elle n'a aucune maladie organique et elle n'a jamais consulté un psychologue auparavant.

Son trouble à commencé en fin 2009 en raison d'une phobie sociale et de sa dispute avec son psychiatre, suite à son inscription dans la maison des personnes handicapés a fin de touché une allocation à cause de sa phobie d'où le psychiatre n'était pas d'accord avec elle, d'après ses dires : «après kra n wussan n la dispute ynu waḥid le psychiatre, şuşsey amaken d la faute ynu, zriy belik udiw ara lḥal adæeytey akken wadcenfey, Netta ibyayi salḥaw ».

Concernant les premiers symptômes qu'elle a remarque au début de ses Tocs «xezrey bezzaf n iberḍan mayela bel3ent tiwura waḥid ṭiqan ... ».

À l'annonce du diagnostic la réaction du sujet était normal elle nous a dit : «uxliæey ara æelmey belik danecta ».

Mlle C trouve une difficulté de vivre avec cette pathologie «æeyiy mliḥ tekareyed yef 5 n sbah, ganey yef 23h, ḥaca elajal n lweswass ayi, ičayi ikel lweqt iw. »

7-3) L'état du patient suite aux obsessions et aux compulsions :

Notre sujet des rituels de vérification, de calcul et de lavage. Elle nous a dit : « ... sfiqidey 10 n iberđan i tiwura wađid tiđan mayela beleen, zeđiy lqec iw wađid ussi ynu 10n iberđan, clalayey tiyenussin iw wađid ifasen iw 10n iberđan, lazem asen ɛawdey 10 n iberđan mulac ur tiliy ara bien ... ».

Mlle C présente une certaine culpabilité et elle faisait ses rituels afin d'annuler une pensée négative, elle dit : « ... asmi ara ad d-mektiy ɣef le geste ni ieely zat n le psychiatre, tđuussuy iman iw qelqey, t3awadey leđwayej i wakken ad şusseɣ iman iw bien, wa ad iliy parfaite, meena des fois tđuussuy iman iw amaken prisonnière ... ». Ses contraintes l'ont poussé à refaire les choses par peur de sentir imparfaite et de paniquer. Ce qui signifie que sa qualité de vie psychologique est affectée négativement.

7-4) La qualité de vie :

La vie quotidienne de notre sujet est bouleversé, sont trouble la prive de plusieurs activités comme : le travail, les voyages « ... les sorties pour moi sont difficile,tuɛer iyi mliđ twafɣa, aqbel ad fyey, mayela sbađ ilaq iyi l'emploi du temps, nettoyage 10 n iberđan, vérifications ».

Les relations sociales de Mlle C sont limité, elle nous a dit : « ... j'évite ad qimey wađid hed, ɛlaxater tneđcamey s lweswass ayi ... ». Notre sujet présent un sentiment de culpabilité à cause de ses rituels qui énervait beaucoup son entourage familial. Ce qui montre que la QDV social et familial de notre sujet est affectée négativement.

Concernant la santé de Mlle C, elle s'est dégradé, « seɛuy toujours des maux de tête ɛlajal nudem, ur zemrey ara ad yney sans contrôlé, tđuussuy iman iw toujours ɛeyiy 3lajal n les tocs ayi ... ». Ce qui démontre que sa qualité de vie physique est affectée négativement.

Notre sujet présente une certaine inquiétude quand à son avenir : elle m’a dit : « ... ugadey utejiy ara deg l lweswass ayi... ». mais malgré cette crainte Celia faisait des efforts afin de dépassé son trouble comme la relaxation, la respiration : « ... j’essaye de critiqué mes pensées..... ».

7-5) Synthèse de l’entretien clinique :

Suite à l’entretien effectue au Mlle C nous avons constate qu’elle présente des TOC de type idéative et phobique, «sfiqidey 10 n iberđan i tiwura waħid tiqan mayela beleen, zeğiy lqec iw waħid ussi ynu 10n iberđan, clalayey tiyenussin iw waħid ifasen iw 10n iberđan, lazem asen εawdey 10 n iberđan mulac ur tiliy ara bien ». Ce qui a affecté négativement sa qualité de vie social, familial, physique et psychologique.

7-6) L’analyse du questionnaire WHOQOL-BREF :

En pratique, il s’agit d’un questionnaire de 26 questions courtes. Son objectif est d’évaluer les quatre facteurs de qualité de vie susceptibles de refléter une perception suffisamment large et complète de la qualité de vie de la personne interrogé.

Tableau n°10 : les résultats de Mlle C dans le WHOQOL-BREF.

		Score brut	Score transformé	
			4-20	0-100
Domaine 1	(6-1)+ (6-2) + 3+2+2+2+1	(7-35)	19	42.86%
Domaine 2	2+1+3+2+2+ (6-2)	(6-30)	14	33.33%
Domaine 3	3+3+1	(3-15)	7	33.33%
Domaine 4	2+1+2+2+2+4+4+2	(8-40)	19	34.38%

Après la passation du questionnaire du WHOQOL-BREF, Mlle C nous a répondu sur les 26 items de notre questionnaire répartis en 4 domaines qui contiennent des scores, chacune à une signification.

Les résultats de Mlle C selon la valeur moyenne de (4-20) de chaque domaine sont les suivants :

- Pour la santé physique : **19**
- Pour la santé psychologique : **14**
- Pour le domaine social : **7**
- pour l'environnement : **19**

Etant donné que chaque domaine possède un nombre d'items différent, dans les études utilisant le BREF, les scores sont habituellement ramenés à une échelle de mesure standard, allant de 0 (le plus mauvais score) à 100 (meilleure score), appelé score transformé 0-100.

Pour cela Mlle C à obtenu les scores suivants :

- pour la santé physique : **42.86%** qui est interprété comme un score faible.
- pour la santé psychologique : **33.33%** qui est considéré comme un score faible.
- Pour le domaine social : **33.33%** décrit comme score faible.
- Pour l'environnement : **34.38%** examiné comme score faible.

7-7) Synthèse du WHOQOL-BREF :

Selon le questionnaire du WHOQOL-BREF, notre sujet a obtenu un score faible dans **la santé physique, psychologique, domaine social, ainsi que celui de l'environnement** ».

7-8) Synthèse générale du cas :

En générale, d'après les informations recueillis et analysées durant le guide d'entretien et le questionnaire, on conclut que la qualité de vie de Mlle C est affectée négativement.

Dans cette partie, on va reprendre notre hypothèse formulé dans la problématique, pour pouvoir la discuter suite aux résultats obtenus dans la partie pratique.

Dans notre hypothèse on a supposé que : « les Tocs affectent négativement la qualité de vie des personnes ayant ce trouble ». Pour vérifier cette dernière, nous avons réalisé un entretien semi-directif et un questionnaire (Whoqol-Bref) avec (7) personnes souffrant de trouble obsessionnel-compulsif.

D'après les résultats de notre groupe de recherche, nous avons constaté que nos 7 cas, (Mlle. D, Mme. R, Mlle. N, M. K, Mlle. C, Mlle. W et Mme. S) ont confirmé notre hypothèse qui est la suivante : « les troubles obsessionnel-compulsifs affectent négativement la qualité de vie des personnes ayant ce trouble ».

Parmi ces cas, on va prendre en considération le 1^{er} cas, celui de « **Mlle. D** ». Selon les informations recueillis durant l'entretien clinique (semi-directif), nous avons remarqué que notre sujet présente un trouble obsessionnel-compulsif, et que ce dernier à bouleversé sa vie quotidienne, dont elle présente une grande souffrance. Côté relationnel, notre sujet semble distant des gens, elle s'isole à cause de la honte qu'elle éprouve à l'égard de sa pathologie. Quant à sa santé physique et psychologique, elle s'est dégradé après son atteinte, d'où elle manifeste des signes de tristesse accompagnés d'un sentiment de culpabilité, une angoisse, perte d'énergie, maux de tête, manque de concentration et de mémorisation ainsi qu'une fatigue chronique. En se référant au questionnaire (Whoqol-Bref), Djamila à obtenu un score de **35.71%** dans le domaine physique, **41.67%** dans le domaine psychologique, **41.67%** dans le domaine social, **34.38%** dans le domaine de l'environnement. D'après ces résultats, on constate que les Tocs affectent négativement la qualité de vie de Mlle D. Donc notre hypothèse est confirmée.

Synthèse du chapitre:

Pour conclure, on va dire que cette partie est très importante, car elle nous a permis de mettre à nouveau notre hypothèse, afin de la confirmer, en suivant les deux outils de recherche, entretien clinique (semi-directif), et le questionnaire (Whoqol-Bref).

CONCLUSION

À la lumière de cette thématique « la qualité de vie chez les personnes atteintes du trouble obsessionnel-compulsif », nous avons réalisé notre travail auprès de 7 patients, chez les quelles l'évaluation de la qualité de vie été réalisé par l'échelle de « WOQOL-BREF », qui nous a permis de réaliser notre recherche, et de vérifier notre hypothèse, afin de cerner nos objectifs de recherche et de répondre à notre problématique.

Ce travail nous a aussi permis de prouver l'influence et la sévérité du TOC sur la qualité de vie de nos sujets.

D'après cette analyse, nous constatons que cette maladie du doute, autrefois qualifié de « névrose obsessionnelle », fait souvent déclencher le sentiment de honte chez les personnes atteintes, sentiments pouvant être accentué par les critiques de l'entourage.

Cependant, les TOCS sont rarement seuls, ils sont le plus souvent associés à d'autres pathologies telles que la dépression. L'impact négatif sur la vie du malade justifie la nécessité de prendre en charge les TOCS le plus précocement possible.

Ensuite pour traiter ces troubles désormais mieux connus, que ce soit par le corps médical ou par le grand public, il existe maintenant des solutions thérapeutiques qui peuvent améliorer la qualité de vie de ces malades.

Nous constatons que notre hypothèse est confirmée, et cela suite aux résultats de nos 7 cas, dont ils ont obtenu des scores faibles, qui varie ente 0% et 50%, ce qui prouve que la qualité de vie des personnes atteinte du TOC est affectée négativement.

Enfin nous espérons bien que notre recherche pourra bénéficier d'autres étudiants, et enrichir leur connaissance dans le but de mieux approfondir cette étude.

La liste
Bibliographique

Les ouvrages :

- 1) - Aktouf. O, 1987, « **méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations** », Québec, HEC presses.
- 2) - Aouizerate. B, Rotgé. J.Y, 2007, « **les traitements du trouble obsessionnel-compulsif** », Paris, Elsevier Masson.
- 3) – Association américaine de psychiatrie, 1996, « **manuel diagnostique et statistiques des troubles mentaux, DSM-IV** », Paris, Masson.
- 4) – Beaussart. P, Genton. P, 2005, « **épilepsies : avancées médicales et sociales** », Paris, John Libbey Eurotext.
- 5) – Boulanger. J, P. Lépine, 2014, « **les troubles anxieux** », Paris, édition Lavoisier.
- 6) – Bouvard. M, 2006, « **les troubles obsessionnels-compulsifs : principes, thérapies, applications** », Paris, 2^{ème} édition Masson.
- 7) – Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2002, « **psychologie de la santé, modèles, concepts, méthodes** », Paris, Ed Dunod.
- 8) – Bruchon-Schweitzer. M, Boujut. E, 2014, « **psychologie de la santé, modèles, concepts, méthodes** », Paris, Ed Dunod.
- 9) – Clair. A. H, Trybou.V, 2013, « **comprendre et traiter les troubles obsessionnels compulsifs** », Paris, Ed Dunod.
- 10) – Cottraux. J, 1998, « **Les ennemis intérieurs, obsessions et compulsions** », paris, Ed Odile Jacob.
- 11) – Chabrol. H, 2011, « **Traité de psychopathologie clinique et thérapeutique de l'adolescent** », Paris, Ed Dunod.
- 12) – Chahraoui. K, Bénoy. H, 1999, « **l'entretien clinique** », Paris, Ed Dunod.
- 13) – Chahraoui. K, Bénoy. H, 2003, « **méthode, évaluation et recherche en psychologie clinique** », Paris, Ed Dunod.
- 14) – Fischer. G, 2002, « **traité de la psychologie de la santé** », Paris, Ed Dunod.

15) – Granger. B, 2003, « **la psychiatrie d’aujourd’hui : du diagnostic au traitement** », Paris, Ed Odile Jacob.

16) – Kacha. F, 2002, « **psychiatrie et psychologie médicale** », 2^{ème} Ed Publicom Alger.

17) – Lanteri-Minet. M, 2007, « **qualité de vie et impact de la migraine** », Paris, John Lubbey Eurotext.

18) – Organisation mondiale de la santé, 2015, « **Classification internationale des maladies et des problèmes de santé-CIH100** », Paris, Masson.

19) – Pedinielli, J.L, Bretagne, 2010, « **Les névroses** », Paris, 2^{ème} Ed Armand Colin.

20) – Randal, J.L, Comblain, A, 2001, « **Manuel de Psychologies des handicaps : sémiologie et principe de réédition** », Belgique, Pierre Mardaga.

21) – Sauteraud, A, 2005 « **Trouble obsessionnel compulsif** » le manuel du thérapeute, Paris, édition Odile Jacob.

22) – Sultan. S, Varescon. I, 2012, « **Psychologie de la santé** », Paris, Ed Puf.

23) – Vassilis. K, 2012, « **Manuel de psychiatrie clinique et psychologique de l’adulte** », Paris, Ed puf.

Les Revues :

24) – Fernandez. L, Pedinielli. J.L, 2006 « **La recherche en psychologie clinique** » in revue association de recherche en soins infirmiers (ARSI), N° 84/ Pages 41 à 51.

25) – Simard. A, 2011, « **effet des troubles méthodologiques sur la qualité de vie des personnes atteintes de problème de santé mentale** », in revue le partenaire, vol, 19, n°4, hivers, institut universitaire en santé mentale de Québec.

Les thèses :

26) – Bayard. M et al, 2015, « **l’observance thérapeutique de la qualité de vie chez les personnes d’enfants épileptiques : une approche multifactorielle** », Mémoire, M1.Université Pierre Mendés France, Grenoble II.

27) – Beland. M, 2012, « **Évolution des émotions, des obsessions et des compulsions chez les personnes souffrant de Trouble obsessionnel-compulsif au cours d'une thérapie basée sur les inférences** », Mémoire de doctorat à l'université de Montréal, Faculté de Médecine au département de psychiatrie.

28) – Pavageau. C, 2011, « **les troubles obsessionnels compulsifs et leur prise en charge. Quel rôle pour le pharmacien d'officine** », thèse de doctorat à l'université de Nantes. Faculté de pharmacie.

29) – Tort, A, Mars 2016, « **le modèle neurocomportemental : une nouvelle approche dans la prise en charge cognitivo-comportementale du TOC** », thèse de doctorat, université de Nice Sophia Antipolis.

30) – Yao. S.N, 1999, « **troubles cognitifs dans les obsessions-compulsions** », thèse de doctorat, université Lyon (2).

31) – Zermatten. A, Février 2007, « **une approche cognitive du trouble obsessionnel compulsif** » thèse de doctorat présenté à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de l'université de Genève.

Dictionnaire :

32) – Tamisier. J, et al. (1999), « **grand dictionnaire de psychologue** », Paris, Larousse.

Site Internet : fichier PDF

33) – Alvagera. P. G et al, 2012, « **trouble obsessionnel chez l'enfant et l'adolescent** », manuel de IACAPAP, pour la santé mentale de l'enfant et de l'adolescent.

34) – Chaloult. L et al, 2014, « **guide de pratique pour le traitement du trouble obsessionnel compulsif** », polyclinique médicale concorde, cité de la santé hôpital du Sacré-Cœur de Montréal.

35) – Desseilles. M et al, 2008, « **les troubles obsessionnels compulsifs** », Acta Psychiatrica Belgica

36) – Larmagne. J, Temporal. F, 2006, « **déroulement des enquêtes quantitatives et/ ou qualitatives** », département des sciences sociales- faculté de sciences humaines et sociales- université Paris 5 René Descartes.

37) – Montreuil. M et al, 2009, « la qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuelle », Paris 8, Noesis, histoire de la science et de la technique.

38) – Rector. N. A et al, 2001, « le trouble obsessionnel compulsif, guide d'information », Canada, Camh.

39) – Saint-Pierre. F, 2005, « (TOC), résistant : prise en charge et place de la neurologie fonctionnelle », HAS/ service évaluation des actes professionnels.

40) – Trudel. J. G et al, 2012, « évolution du concept de qualité de vie en oncologie et de sa mesure à travers le temps », Paris, Springer.

Les Annexes

Guide d'entretien :

Axe1 : Renseignement générale

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

✓ **Dont l'objectif est d'identifier les patients**

Axe 2 : l'état du patient avant et au début du trouble

- Parlez nous de votre relation avec votre famille.
- Avez-vous quelqu'un de votre famille qui souffre de cette pathologie ?
- Est-ce que vous souffrez d'une maladie organique ?
- Avez-vous déjà consulté un psychologue ?
- Quand est ce que votre trouble a-t-il commencé ?
- Pouvez vous nous parlez des premiers symptômes que vous avez remarqué au début de ce trouble ?
- Parlez nous de votre réaction quand on vous a annoncé le diagnostique ?
- Comment vivez-vous cette pathologie ?

✓ **Dont l'objectif est de chercher les antécédents qui seraient relative à ce trouble, et le vécu du patient suite au moment ou le trouble a émergé.**

Axe 3 : l'état du patient suite aux obsessions et compulsions

- Avez-vous des comportements de vérification ?
- Quel type d'idée qui vous vient à votre tête ? À quel moment ils sont fréquents ?
- Que ressentez vous lorsque vous refaites les choses (obsessions, compulsions, vérification) ?
- Que ressentez vous lorsque vous ne pouvez pas contrôler les choses ?
- Quel sont vos contraintes compulsives ? (qu'est ce qui vous oblige à refaire les mêmes comportements (habitudes) ?

✓ **Dont l'objectif est d'identifier des éléments relatifs du TOC.**

Axe 4 : la qualité de vie du patient

- Comment voyez-vous votre vie ?
- Qu'est ce que votre maladie vous empêche de faire ?
- Resentez vous un changement dans votre mode de vie avant et après votre atteinte de ce trouble ? dans quoi ?
- Avez-vous une souffrance physique suite à cette pathologie ?
- pouvez-vous nous parler de votre relation sociale ?
- Est-ce que votre maladie vous a poussé à changer votre rythme au travail ?
- Avez-vous des obstacles dans votre travail ?
- Parlez nous de votre relation avec les membres de votre famille ?
- Comment ils perçoivent votre maladie ?
- Comment se porte votre relation avec votre conjoint ? Trouvez-vous des difficultés dans votre relation ?
- Est ce que vous avez peur de votre avenir ?
- Faites vous des efforts pour dépasser ce trouble ? Quels sont ces efforts ?

✓ **Dont l'objectif est d'évaluer la qualité de vie du patient.**

Guide d'entretien : traduit en kabyle

Axe 1 : Renseignement générale

- Amek ism-im (ik)?
- aḥal deg leɛemer-ik (im)?
- anda tewwɔded deg ulmad?
- tettɣfed yakan axeddim? ma yella ih, dacu-t?
- tjewjed?
- tesseɣd atmaten d tsetmatin? Anda i sesmeleted ?

Axe 2 : l'état du patient avant et au début du trouble

- Hedrayed yef wassayen-ik (im) waḥid la tawacult ik?
- Teseɣd hed deg tawacult ik (im) i yes3an lehlak ayi?
- Teseɣd lehlak deg tfeka ynem (ynek)?
- Ayweq ik d yebda u ccwal ayi?
- Tzemreɣ ad ay-thhedreɣ yed ccira ynek (em) i t smawet asmi ik (im) d yebda ccwal ayi?
- Hedrayed yef tademirt ynek (ynem) asmi ik (im) d berḥen s tawassna?
- Amek itetɛichet lehlak ayi?

Axe 3 : l'état du patient suite aux obsessions et compulsions

- tesseɣd tikli n usenqed ?
- Dacut tawsit ig d yetassen (im d yetassen) yer uqeruy ik (im)?
- Dacu it ṭhussut mi ara teteawɔded i leḥwayej?
- Dacu iteṭhussut asmi ara ur tezmireɣ ara at senqɣded leḥayej?
- Dacu ik (im) itajan ateawɔded tikli ayi?

Axe 4 : la qualité de vie du patient

- Amek it twaliḍ lḥayat ik (im)?
- Dacu ik (im) yeqtae ccwal ayi ar tæeḷeḍ?
- Thussum s ubeddel deg lḥayat nwen deg wassmi thelkem?
- Tesɛim anzaf deg tfeka nwen deg wasmi tes3im ccwal ayi?
- Tzemreḍ ayedhedred yef wassayen ik (im) waḥid weyit?
- Ccwal ayi idemer ik (im) at bedleḍ anyak (anyam) deg lxxedma ynek (ynem)?
- Tesɛid uguren deg lxxedma ynek (ynem)?
- Hedrayed yefywassayen ik (im) waḥid twacult ik (im)?
- Amek itwalin lehlak ik (im)?
- Amek igela wassayen ik (im) waḥid wergaz im ney tametut ik? Tes3im ugur deg wassayen nwen?
- Tetagaḍem yef imal nwen?
- Txxedmem ussis i wakken ad tæedid ccwal ayi? Ma yela ih dacu-t uæedi ayi?

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(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	Très satisfait(e)
---	----------------------------	-----------------------	--	---------------------	--------------------------

	Pas du tout	un peu	modérément	beaucoup	Extrêmement
3..La douleur physique vous empêche-t-elle de faire ce dont vous avez envie ?					
4. Avez-vous besoin 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 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 ?	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait(e)	satisfait(e)	Très satisfait(e)
17. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer les tâches de la vie quotidienne ?					

18. Etes-vous satisfait(e) de votre capacité à effectuer votre activité professionnelle ?	très insatisfait(e)	insatisfait(e)	ni satisfait(e) ni insatisfait	satisfait(e)	Très satisfait(e)
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 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
--	---------------	----------------	----------------------	---------------------	----------------------

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions. Merci de votre participation.

WHOQOL-BREF : Traduit en Kabyle.

Date • Nom • Prénom •

1. Amek i tettwaliḍ tudert-ik (im)?	Diri-tt mliḥ	Diri-tt	ur diri-tt ur l3ali-tt	Lɛali-tt	Lɛali-tt mliḥ
-------------------------------------	---------------------	----------------	-------------------------------	-----------------	----------------------

2. Tettwaqenɛḍ s tezmert-ik (im)?	ur ttwaqenɛy ara mliḥ	ur ttwaqenɛy Ara	ttwaqenɛy ur ttwaqenɛy	Ttwaqenɛy	Ttwaqenɛy mliḥ
-----------------------------------	------------------------------	-------------------------	-------------------------------	------------------	-----------------------

	Maṭṭi	Cwiya	lɛali-tt	bezzaf	aṭas
3. Lqerḥ i yellan deg tfekaynem (ynem) tɣetɣak ad tɛelled ayen itebghid ?					
4. Tuḥwajeḍ dwa yall ass?					
5. Tḥemleḍ tudert-ik (im)?					
6. Tsektet-k belli tudertik (im) tesɛa anamek?					
7. Tzemreḍ ad trekzeḍ?					=
8. Tetthussuḍ iman-ik (im) deg laman deg leḥyat-ik (im)					
9. Tettidireḍ deg tewnaṭ zeddigen ?					
10. Tesɛid aṭas n leḥrara deg tudert-ik (im) n yal ass?					
11. Tqebleḍ s tfekka-inek (inem)?					
12. Tesɛid aṭas n idrimen i wakken ad tawiḍ ayen tuḥwajeḍ?					
13. Tesɛid aṭas n talyut yef tudert-ik (im) n yal ass?					
14. Tesɛid lweqt i wakken ad txedmeḍ ayen i tḥemleḍ?					

15. Amek itsawaded i waken ad tedduɗ?	Yuɗer mliɗ	Yuɗer	Yeshel cwiya	yeshel	Yeshel mliɗ
---------------------------------------	-------------------	--------------	---------------------	---------------	--------------------

16. tetwaqenɛem s nuddem nwen?	ur ttwaqenɛey ara mliɗ	ur ttwaqenɛey ara	ttwaqenɛey ur ttwaqenɛey ara	ttwaqenɛey	ttwaqenɛey mliɗ
17. tettwaqenɛem s tezmert nwen i wakken atxxedmem lecyalat nwen n yall ass?					

18. tettwaqenɛem s tezmert nwen i wakken atxxedmem lecyalat nwen deg lxxedma nwen ?	ur ttwaqenɛey ara mliɗ	ur ttwaqenɛey ara	ttwaqenɛey ur ttwaqenɛey ara	ttwaqenɛey	ttwaqenɛey mliɗ
19. tettwaqenɛem s leɛmer nwen?					
20. tettwaqenɛem s wassay nwen waɗid weyiɗ?					
21. tettwaqenɛem s wassay nwen?					
22. tettwaqenɛem s usalel n yimdukal nwen?					
23. tettwaqenɛem s umkan anda tzediyem?					
24. tettwaqenɛem asma ara tkecmem yer sbitar n tezmert?					
25. tettwaqenɛem s wallal n usenqel?					

26. tes3im daymen ifran n diri am uqeleq?	xaɗi	tiswiɛin	tiswiɛin cwiya	tiswiɛin mliɗ	Mkul lweqt
---	-------------	-----------------	-----------------------	----------------------	-------------------

Vérifiez s'il vous plaît que vous avez répondu à toutes les questions. Merci de votre participation.