

*Université A. Mira de Bejaia
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département Sciences Sociales*



*جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa*

Mémoire de Fin de Cycle

*En Vue de L'obtention d'un Diplôme de Master en Psychologie
Option : Psychologie Clinique*

Thème

*La Qualité De Vie Chez Les Sujets Ayant Le
Trouble Bipolaire (En Vue De Quartes
Etudes Antérieures)*

Réalisé par :

Mlle : BELBACHIR Linda
Mlle : KHEMOUDJ Melissa Meriam

Encadré par :

Dr. BOUCHERMA Samia

2019/2020

A decorative border of small black asterisks surrounds the entire page, forming a rectangular frame.

Remerciements

Nous exprimons nos remerciements à notre promotrice

« **Madame BOUCHERMA SAMIA** » pour l'assistance quelle nous a
témoigné malgré les circonstances, pour sa disponibilité, pour ses orientations,
encouragements, et ses conseils sans lesquels ce travail ne verra pas le jour, que
son sérieux, sa compétence et sa rigueur de travail soient pour nous un
exemple à suivre.

Dédicace

Je tiens dans un premier temps à remercier madame le professeur **Boucherma Samia** d'avoir bien voulu accepter d'être ma promotrice, en m'honorant de sa confiance pour ce mémoire de fin de cycle et m'avoir confié ce travail de recherche, ainsi que pour son support et ses précieux conseils lors de l'élaboration de ce mémoire, sa patience et sa persévérance dans le suivi. Je tiens vivement à lui exprimer mon aimable reconnaissance.

Je dédie ce mémoire à mes très chers parents **Belbachir rachid** et **bencheikh fatima** qui n'ont pas cessé de m'encourager, ce travail est le fruit de leurs sacrifices qu'ils ont consentis pour mon éducation et ma formation.

À mon cher frère, mes chères sœurs et belle-sœur pour leur présence et encouragements.

À mes neveux, cousins, et chers amies particulièrement : **Amina, Cécilia, Imane, Bilal, Moh.**

À ma binôme **Khemoudj Melissa Meriam** pour son implication et dévouement.

Mes remerciements s'étendent également à toutes les personnes ayant contribué de près ou de loin à la concrétisations de ce travail.

Belbachir linda.

Dédicace

Je voudrais remercier en premier lieu ma promotrice Docteur **Boucherma Samia**, pour tout ce qu'elle m'a appris. Au-delà de l'apprentissage, je la remercie pour l'ambiance dans laquelle nous avons travaillé, pour son élan communicatif, pour sa présence malgré la situation. Je la remercie aussi pour sa disponibilité, pour sa gentillesse et pour son soutien et sa confiance.

J'adresse mes chaleureux remerciements à mes parents **Mouloud Khemoudj** et **Boudrioua Ratiba** pour leur soutien au long de ma démarche.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance et remerciement à ma chère binome **Belbachir linda** qui m'a apporté de l'aide et je la remercie pour son implication.

Je remercie évidemment mes chères cousines **Amina** et **Aida** pour leurs présences et encouragements tout au long de mon travail.

Et je remercie aussi ma chère amie **Bouabida Amina** pour sa présence et son soutien.

Khemoudj Melissa Meriam

La liste d'abréviation :

Introduction générale :

La problématique et les hypothèses 2

Opérationnalisation des concepts..... 6

Partie Théorique :

Chapitre I : La Qualité De Vie

Introduction..... 11

1-Historique et évolution du concept de qualité de vie 11

2- Définitions de la qualité de vie 12

3-Les Conceptions de la qualité de vie 13

3-1/ Les conceptions objectives 14

3-2/ Les conceptions subjectives 14

4-Les points de vue de la qualité de vie selon les différentes approches..... 15

4-1/L'approche philosophique..... 15

4-2/L'approche psychologique 15

4-3/L'approche médicale 16

4-4/L'approche économique et politique 16

5-Les domaines de la qualité de vie..... 16

5-1/Le domaine psychologique de la qualité de vie 16

5-2/Le domaine physique de la qualité de vie 17

5-3/Le domaine social de la qualité de vie 17

6. La qualité de vie liée a la santé 17

7-la qualité de vie et maladie mentale 18

8- Les différents outils pour mesurer la qualité de vie 19

8-1/Les outils psychométriques 19

8-2/L'entretien psychologique..... 19

8-3/Il existe deux sortes d'échelles de qualité de vie 20

8-3-1/Les échelles génériques..... 20

8-3-2/Les échelles spécifiques	20
9-mesure de la qualité de vie liée a la santé et la santé mentale	20
9.1.Les instruments de mesure de la qualité de vie utilisés dans le champ de la santé mentale	21
Conclusion	22

Chapitre II : La bipolarité

Introduction	24
1/ Historique du trouble bipolaire.....	24
2/ Définition de l'humeur.....	25
3/ Définitions de trouble de l'humeur.....	25
4/Les types de trouble de l'humeur.....	26
4-1/ L'épisode dépressif majeur.....	26
4-2/ L'euphorie.....	26
4-3/La tristesse	26
4-4/La dysthymie	26
5/ Les définitions de trouble bipolaire	27
6/Episodes maniaques	27
6-1/ Les critères principaux d'un épisode maniaque selon DSMIV	28
6-2/Forme cliniques.....	29
6-2-1/Etat hypomaniaque.....	29
6-2-2/ Etat mixte.....	29
7/Episode dépressifs	29
8/ Les spectres des troubles bipolaires	30
8-1/ Trouble bipolaire type 1	30
8-2/Le trouble bipolaire de type 2	31
8-3/ Trouble bipolaire type 3.....	31
8-4/ Trouble cyclothymique.....	32

9/ Surmortalité associée aux comorbidités et mortalité en lien avec le risque suicidaire	32
9-1/ Surmortalité associée aux comorbidités.....	32
9-1-1/ Comorbidités somatiques	33
9-1-2/Comorbidités psychiatriques	34
9-2/Risque suicidaire en population bipolaire	34
10/ Origine et différentes explications du trouble bipolaire.....	34
10-1/ L'approche psychanalytique	35
10-2/ L'approche cognitive.....	35
10-3/ L'approche génétique et l'approche biologique.....	36
10-4/L'approche biologique	36
11 / Traitements du trouble bipolaire	36
11-1/ Les consultations	36
11-2/La psychothérapie	37
11-3/La thérapie cognitivo-comportementale du trouble bipolaire	37
11-4/La prise en charge médicamenteuse	37
11-4-1/ Les antidépresseurs.....	37
11-4-2/ Les anxiolytiques	38
11-4-3/ Les hypnotiques.....	38
11-4-4/ Les neuroleptiques	38
11-4-5/ Les thymorégulateurs.....	38
11-5/ L'hospitalisation.....	38
Conclusion	39

La Partie Pratique :**Chapitre III : Méthodologie de la recherche**

Introduction	42
1 / Méthode utilisée dans la recherche	42
2/ Lieu de recherche	44
a. Les activités principales du service	44
b. Personnel de travail du service.....	44
3/ Groupe de recherche	45
3-a)Critères de sélection	45
4/Les outils de la recherche	45
4-1/Entretien clinique	46
4-2/ Le guide d'entretien	47
4-3/ Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF- 36)	47
5/ Déroulement de la recherche	48
5-1/ Pré-enquête.....	48
Conclusion.....	50

Chapitre IV : L'analyse et la discussion des études antérieures

Introduction	52
1-/Première étude antérieure : les troubles bipolaires chez l'adulte.....	52
2-Deuxième étude antérieure : Traitement du trouble bipolaire entre théorie et pratique	58
3-Troisième étude antérieure : Trouble bipolaire et conduite suicidaires	63
4-Quatrième étude antérieure : trouble bipolaire et addictifs : éléments d'une analyse française.....	67
Conclusion	70
Conclusion générale	73
Liste bibliographique	

Liste Abréviation

Abréviation	Signification
CIM-10	Classification international des maladies-10
DSM IV	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux IV
OMS	Organisation mondiale de la santé
QDV	Qualité de vie

Introduction générale

Introduction générale

Tout être humain passe au cours de son existence par des hauts et des bas car il est normal de ressentir tour à tour des émotions comme la tristesse, la colère ou la joie et d'avoir ainsi des sauts d'humeur en réaction à de grands changements ou à des pertes. Cependant les sauts d'humeur graves ou durables ceux qui interfèrent les activités quotidiennes et posent un risque de sécurité ou de comportement, peuvent être un signe d'une anomalie ou autrement dits d'un trouble mental qui est le trouble bipolaire.

La bipolarité est une pathologie sévère aux conséquences personnelles familiales et sociales souvent douloureuses et parfois dramatiques, elle prend en otage le quotidien des sujets qui en souffrent, leur vie ainsi que celle de leurs proches et altère leur condition et leur destin. Tristesse, dépression, anxiété insomnie, alternant avec exaltation, euphorie, irritabilité, se succèdent parfois dans la confusion. Cette souffrance dans ses formes les plus typiques pousse l'individu à voir tout avec pessimisme et le conduit à perdre espoir et confiance entraînant ainsi un chamboulement et une instabilité dans leur vie.

Malgré les avancées dans la médecine, la souffrance bipolaire est souvent mal connue ou mal diagnostiquée vu sa complexité le diagnostic implique généralement une étude approfondie des antécédents médicaux, des questions sur les antécédents familiaux, un examen physique ainsi qu'une évaluation psychiatrique sur les antécédents d'épisodes de dépression et de manie. Et sa prise en charge nécessite un travail rigoureux et complémentaire entre la médecine et la psychologie afin de parvenir à un soulagement stabilité et régulation de l'humeur.

L'Algérie n'échappe pas aux troubles bipolaires qui est une pathologie universelle d'ailleurs elle est confrontée à un problème très sérieux, tous les pays du monde

utilisent un médicament appelé les sels de lithium qui est l'un des médicaments les plus indispensables et efficaces administrés aux patients qui souffrent de bipolarité, mais hélas pour des raisons qui sont inconnues ce médicament à disparu plus de vingt ans en Algérie ce qui met les psychiatres et les psychologues dans l'obligation de trouver des médicaments et des moyens pour faire face à cette pathologie ainsi que ses conséquences et permettre au sujet de mener une vie stable et harmonieuse.

Notre travail de recherche a pour but d'étudier la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire, Nous avons choisi comme terrain d'étude le centre hospitalo-universitaire CHU Frantz fanon mais suite à l'apparition du virus covid sars 19 nous n'avons pas pu effectuer notre stage pratique, pour répondre aux hypothèses de notre recherche nous avons souhaité utiliser un entretien clinique semi-directif ainsi que le questionnaire généraliste sf-36 de la qualité de vie. Nous avons abordé dans notre travail un cadre de problématique qui contient : les hypothèses de la recherche, les raisons du choix du thème et l'objectif de la recherche.

Notre travail se compose de deux parties complémentaires :

La partie théorique : est organisée en deux chapitres.

Chapitre I : nous avons inclus dans ce chapitre la qualité de vie, dont lequel nous avons traité un aperçu historique de la qualité de vie et tous les concepts ayant un rapport avec cette variable et à savoir les approches les domaines et les composantes de la qualité de vie, les concepts : (santé, bien-être) et qualité de vie les mesures et l'évaluation de la qualité de vie.

Chapitre II : dans le second chapitre le trouble bipolaire, dont lequel nous avons abordé un aperçu historique du trouble bipolaire, définition de l'humeur, le

trouble de l'humeur et les types de trouble de l'humeur. Après nous avons défini le trouble bipolaire, et autres titre comme l'épisode maniaque et l'épisode dépressif, les spectres de trouble bipolaire, Surmortalité associée aux comorbidités et mortalité en lien avec le risque suicidaire, et aussi l'origine et différentes explications du trouble bipolaire, on termine par le traitement du trouble bipolaire.

Partie pratique : est organisé en deux chapitres :

Chapitre III : la démarche et la méthode de la recherche que nous avons voulu adopter, le lieu de recherche où nous étions sur le point d'effectuer notre stage (CHU Frantz fanon Bejaia) les outils avec lesquelles nous avons voulu travailler (l'entretien semi-directif et le questionnaire de la qualité de vie sf-36) et enfin le déroulement de notre préenquête nous n'avons pas cité l'enquête car nous n'avons pas pu l'effectuer suite à la crise sanitaire et l'apparition du corona virus.

Chapitre IV : ce chapitre est consacré à l'analyse et la discussion des études antérieures choisie, dans lesquelles nous aborder les hypothèses, objectif de l'étude, la méthode utilisée et enfin les résultats obtenus.

La problématique et les hypothèses

La problématique et les hypothèses

La santé occupe une place considérable dans l'existence, elle constitue un noyau essentiel à la survie de l'être humain et son évolution, elle représente également un équilibre dynamique permettant la circulation de la vie quotidienne sur différents plans (physique, mental et social) ce qui fait référence à une hémostasie biologique et psychologique, lorsque la santé est atteinte l'être humain se retrouve face à un énorme chamboulement de vie. la santé est un complet de bien-être qui naît de la symbiose du physique, du mental et du social pourtant lorsqu'on parle de santé on oublie souvent la santé mentale qui est définie selon l'OMS comme un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès, de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.

Lorsque les exigences imposées à une personne excèdent ses ressources et ses compétences d'adaptation, sa santé mentale s'en trouve généralement affectée négativement, donnant lieu à des troubles mentaux qui se caractérisent généralement par un ensemble anormal de pensées, de perceptions, d'émotions, de comportements et de relations avec autrui, parmi les troubles les plus répandus qui occupent une place considérable en psychiatrie, les troubles de l'humeur et plus précisément les troubles bipolaires, tout d'abord l'humeur peut être définie comme une disposition affective fondamentale riche de toutes les instances émotionnelles instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme une tonalité agréable ou désagréable ; lorsque cette dernière est perturbée et a des répercussions sur la plupart des pensées et des comportements il s'agit du trouble de l'humeur. Dans lequel se trouvent les troubles bipolaires.

Dans la période de la psychiatrie moderne fin du XVIIIe et XIXe siècles le trouble bipolaire a été nommé psychose maniaco-dépressive. On le voit par « la succession d'épisodes dépressifs ou maniaques, avec des intervalles libres de tout symptôme entre les accès thymiques » C'est une maladie mentale sévère et chronique, elle se manifeste par l'alternance d'épisodes dépressifs et d'accès hypomaniaques ou maniaques séparés ou non par des intervalles d'humeur normale et adaptée. (GASMAN I., ALLIAIRE J.- 2003, p. 312) Les personnes qui en souffrent vivent dans les extrêmes de l'humeur, de l'émotion et de l'action. Une ivresse d'émotions et de plaisir, un excès d'énergie, des idées géniales qui défilent, pas besoin de dormir, aucune sensation de fatigue, de l'énergie pour changer le monde, ici, maintenant, tout de suite, C'est la manie, c'est l'enthousiasme de la manie qui va être caractéristique d'un des extrêmes du trouble bipolaire. À l'autre extrême, il existe des jours d'une tristesse profonde, sans excitation sexuelle, sans plaisir, sans énergie, mais avec des angoisses, un pessimisme, une perte d'élan vital les sujets sont prostrées, dominées par une fatigue, un ralentissement important et des idées suicidaires.

Selon l'OMS Les troubles bipolaires représentent la sixième cause de handicap dans le monde, en France le nombre de personnes touchées varie actuellement entre 600 000 et 3 millions (soit 1.5 % à 5% de la population) en fonction des différentes formes de la maladie. Presque chaque famille est donc concernée directement ou indirectement par la maladie. (kochman, Meynard, Lefèvre, 2010, p.7)

On distingue quatre types principaux des troubles bipolaires : le trouble bipolaire du type I consiste en une alternance d'épisodes maniaques (période d'énergie débordante majeure) et d'épisodes dépressifs (période de baisse d'énergie majeure). En fait, bon nombre d'individus présentent tout d'abord des épisodes dépressifs majeurs lorsqu'ils sont plus jeunes et ne connaissent

des épisodes maniaques que plus tard, ensuite, le trouble bipolaire du type II consiste en une association d'épisodes hypomaniaques (période d'énergie modérée) et d'épisodes dépressifs majeurs (période de baisse d'énergie majeure) après vient, la cyclothymie qui consiste en une alternance d'épisodes hypomaniaques (période d'énergie modérée) et d'épisodes dépressifs mineurs (période de baisse d'énergie mineure) et enfin le trouble bipolaire dit « non spécifié » qui est utilisé pour décrire les individus qui manifestent des changements d'humeur causant des problèmes, mais ne pouvant être classé dans aucune des catégories ci-dessous.(DSM-IV, p402)

Le trouble bipolaire est une affection difficile à vivre tant pour le patient que son entourage, car il entrave de lourdes conséquences sur le quotidien du patient qui se trouve dans une instabilité et un chamboulement touchant pratiquement tous les domaines (sociaux, professionnels, relationnels), le trouble bipolaire diminue également l'espérance de vie, augmente le risque de suicide et favorise la consommation de drogue, donnant lieu à de grave complications et modification de la qualité de vie du patient.

Selon schweitzer et bruchon « le concept de la qualité vie est un concept vaste qui peut être défini de nombreuses façons et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de revenu que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé. Il est le produit d'un certain nombre de facteurs psychologiques, lié à la santé, sociaux, environnementaux, économique et enfin politique » (schweitzer-Bruchon.M, 2002, p39)

Ce sont principalement les médecins chercheurs et psychiatres américains qui ont contribué à la recherche sur la qualité de vie, d'abord étudiée par des sociologues et des psychologues. Pour eux, l'intérêt de ce concept réside dans la prise en compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé telle qu'elle est définie au niveau international. Parallèlement à cette extension de

la définition de la santé, celle de la qualité de vie est passée d'une conception objective, qui renvoie aux conditions de vie matérielles et à l'absence de maladie, à une conception de plus en plus subjective intégrant le bien-être physique, économique, psychologique et social des individus.

Le trouble bipolaire constitue une vraie atrophie pour les sujets qui en souffrent ainsi que leur entourage en effet cette maladie entraîne un bouleversement cognitif, émotionnel, affectif et comportemental ce qui fait appel à une prise en charge psychiatrique et psychologique immédiate, et dans certains cas l'hospitalisation demeure indispensable car les sujets se trouvent face à une situation de crise incontrôlable, ces prises en charge ont pour but l'amélioration de l'état du patient ainsi que sa qualité de vie.

Dans notre recherche intitulée « la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire » nous voudrions évaluer et mieux déterminer la qualité de vie chez les sujets ayant les troubles bipolaires. Dans le quelle on a adopté la théorie cognitivo- comportementale et pour enrichir notre étude et faciliter notre recherche sur le terrain, nous avons choisi de recourir à l'entretien semi-directif armé d'un guide d'entretien, à l'échelle de SF-36 pour la qualité de vie.

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

Quelle est la nature de la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire ?

Est-ce que la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire diffère d'un sujet à un autre ?

Hypothèses :

- les sujets ayant un trouble bipolaire présentent une mauvaise qualité de vie.
- Les sujets bipolaires ne réjouissent pas tous de la même qualité de vie.

-Le trouble bipolaire a une influence majeure sur la qualité de vie des patients qui en souffrent.

Les objectifs de l'étude :

Notre recherche a pour objectif de décrire et d'évaluer la nature de la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble, car la bipolarité est une pathologie qui présente de lourdes conséquences sur la vie et le quotidien du sujet, notre étude porte ainsi l'intérêt de savoir si la qualité de vie diffère d'un sujet à un autre sachant que tout sujet dispose son propre mécanisme de vie et sa façon de faire face aux situations chamboulées et aux maladies.

Les raisons du choix du thème :

Le choix de notre thème est porté sur la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire découle sur le fait que cette pathologie demeure parmi les pathologies mentales les plus lourdes et ayant un sérieux impact sur le quotidien des sujets qui en souffrent et c'est ainsi le fait qu'il n'ait aucune étude sur le trouble bipolaire dans notre université et le motif de notre choix, ce qui nous donne une forte motivation à la recherche en tant que psychologue clinicienne.

L'Opérationnalisation des concepts :

La bipolarité : le trouble bipolaire est une affection mentale autrefois appelée psychose maniaco-dépressive. Cette maladie psychiatrique entraîne un dérèglement de l'humeur avec une alternance de phases de dépression et d'excitation (épisodes maniaques).

Opérationnalisation du concept :

- -Une pathologie qui touche la régulation de l'humeur.
- -alternance de périodes de dépression et de périodes dites maniaques ou hypomaniaques.

Période de dépression :

- Tristesse soudaine
- Irritabilité
- Des difficultés de sommeil.
- Baisse du désir sexuel.

Période maniaque :

- -humeur joviale
- -aucune sensation de fatigue
- -confiance en soi excessive
- -hyperactivité désordonnée.

La qualité de vie : la qualité de vie est un concept tellement « englobant », que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenu, habitudes, style 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 la qualité de vie à deux pôles, l'une est (+) qui signifie une bonne qualité de vie et l'autre (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie.

La qualité de vie positive (+) :

- Satisfaction
- Bien-être physique et psychique
- Bonne relation avec les autres (famille, ami, entourage)
- Participation aux activités et loisirs.

La qualité de vie négative (-) :

- Souffrance physique et psychique
- Stress et dépression

- Perte du gout à la vie
- Retrait et mal adaptation sociale.

Chapitre I

La Qualité De Vie

Chapitre I

La Qualité De Vie

Introduction :

La qualité de vie est une notion très variée liée aux différents aspects de la vie humaine, telle que l'environnement, l'économie et la santé physique et mentale qui est d'une grande importance, car elle permet de cerner l'impact des troubles mentaux et leurs répercussions sur les sujets qui en sont atteints. S'intéresser à cette notion semble être une étape nécessaire pour établir une prise en charge optimale et adéquates aux patients.

1/ Historique et évolution du concept de la qualité de vie :

Le concept de qualité de vie s'est considérablement développé ces dernières décennies, il est apparu pour la première fois dans quelques textes à la fin des années cinquante et plus précisément dans les annales de médecine interne 1966. Son origine remonte à un slogan politique américain, relevé par Lyndon Johnson dans son discours au madison square Garden le 31 octobre 1964 « Goals can not be measured in the size of Our bank balance. They can only be measured in the quality of lives that our people lead... » (Martin, J.-P., & Royot, D., 2003) ce slogan s'inscrit dans le cœur de la constitution américaine de Jefferson qui considère le bonheur comme un droit absolu des citoyens américains.

Le concept de qualité de vie est désormais comme une donnée, une évidence de la nature, il recouvre la satisfaction de sa vie, le bonheur, le moral inclut la santé mentale et la qualité de vie est considérée comme un indicateur social du bonheur du citoyen (Lafaye, 2009, p.25)

En psychologie, la qualité de vie est étudiée spécialement en psychologie de la santé. Qui a pour but l'amélioration et l'adaptation a des comportements plus sains et favorables pour une meilleure qualité de vie.

En médecine il Ya quelques années la préoccupation première des médecins était la santé objective de leurs patients. Seule l'évaluation de la morbidité, de

la mortalité et de la longévité étaient les critères relevés par les médecins. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002,).

Les traitements médicamenteux prescrits n'avaient comme objectif que d'améliorer la santé objective, cependant grâce à l'évolution de la médecine la durée de vie a pu être augmentée, mais en parallèle l'émergence des maladies chroniques a provoqué de lourdes conséquences psycho-médicales- sociales qui jouent un rôle important sur le bien-être du sujet (Bruchon-Schweitzer, 2002) il est donc nécessaire d'explorer les répercussions subjectives de ces maladies ainsi que leurs traitements, autrement dit il faudrait donc mettre en valeur et prendre en considération la qualité de vie des sujets et les jugements qu'ils portent sur leur état de santé, afin de bonifier leurs bien-être physique et mental. (Oudry et Hermand, 2002 p10).

2/ Définitions de la qualité de vie :

Différents termes sont utilisés pour parler de « qualité de vie » telle que : « santé perçue », « bien-être », « santé objective ». L'OMS (1993) : définit la qualité de vie comme « la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très vaste qui intègre de manière complexe par la santé physique du sujet, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation essentielle aux éléments essentiels de son environnement ». Par voie de conséquence la qualité de vie prend en considération tous les éléments nécessaires au bien-être et à la survie de l'être humain. (Meynard, 2009, pp.18-19).

Pour O. NORDENFELT : (1994), la notion de qualité de vie est le plus souvent confondue avec celles de qualité de vie associée à la santé, d'état de santé et

de bien-être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et plus intégratif. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002, p.48)

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

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

Pour Launois (1996) : la qualité de vie est un concept tellement « englobant », que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenu, habitudes, style de vie...Qui plus est dans leurs interactions réciproques, tous ses 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 qualité de vie. (Serge et Isabelle, 2012, p.21).

3/Les Conceptions de la qualité de vie :

La qualité de vie est une notion complexe pluridisciplinaire et pluridimensionnelle. Elle est parfois confondue avec des notions voisines, son champ d'études n'étant pas encore stabilisé. Plusieurs disciplines ont marqué les conceptions de la qualité de vie (sciences économiques et politiques, la médecine, science sociales). Évalué objectivement (par exemple, état de la santé) et/ ou subjectivement (par exemple, satisfaction vis avis d'un domaine)

la qualité de vie est influencée par des facteurs généraux (par exemple environnement, culture) mais aussi plus personnels (normes, valeurs, attitudes, croyances, etc.).

3-1/ Les conceptions objectives :

La conception de la qualité de vie objective fait référence à ce qui est quantifiable à travers l'utilisation de tests psychométriques, et renvoie aux outils d'évaluation mesurant le nombre ou l'intensité d'expériences observables dans la vie d'une personne (Rizzo et Spitz, 2002).

Les mesures de la qualité de vie ne doivent pas être confondues avec des niveaux d'aspiration ou de désir personnel, elles référant plus clairement et plus fondamentalement à la situation actuelle réelle des individus physique, social et psychologique (fonctionnement physique, conditions de logement, soutien social, situation financière) et aspect objectif de la qualité de vie objective était surtout évalué par le personnel soignant des hôpitaux et passait par une hétéro-évaluation.(Jenkin, 1992).

Cette conception est accessible par hétéro évaluation, la qualité de vie dépend des circonstances. C'est l'individu qui est le mieux placé cependant pour l'évaluer. (Browne et al. 1997, p.737)

3-2/Les conceptions subjectives :

La conception de la qualité de vie subjective est opposée à celui de la qualité de vie objective, s'est développé et a donné lieu à diverses tentatives de quantification par le biais d'auto-questionnaires.

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

4/Les points de vue de la qualité de vie selon les différentes approches :

4-1/ L'approche philosophique :

Les philosophes Aristote, Platon, Socrate, Epicure ; ont été intéressés par le concept de la qualité de vie. Ils se sont penchés sur la notion du bonheur qui était l'objet principal de leur préoccupation.

Aristote considérait la belle vie comme le choix de l'existence la plus désirable par l'individu lui-même. Aristote le définissait comme le bien-être, le bonheur, la vertu, le plaisir, le bien-être matériel et le fonctionnement de la société. Ainsi pour les philosophes la qualité de vie se réfère à la nature de l'existence humaine. (M.Bruchon-Schweitzer, 2002).

4-2/ L'approche psychologique :

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

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

que la sécurité psychologique, les qualités fondamentales de l'environnement et les qualités propres du cadre de vie. (Leplege, 2001).

4-3/ L'approche médicale :

Le concept qualité de vie on le retrouve en médecine et plus particulièrement, en psychiatrie lors du programme de désinstitutionalisation (1963) le progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses, s'est traduit par un allongement de la longévité des populations et donc par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physique, mentale, sociale) affectant le bien-être des patients plutôt que leur survie. Alors, il était fondamental de préserver la QDV de ces personnes, et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social de ces pathologies et de leurs conséquences. (M.Bruchon-Schweitzer, 2002, p.43-83)

4-4/ L'approche économique et politique :

La notion de la qualité de vie telle qu'elle est connue en économie et en politique se réfère à un niveau de vie optimal, condition de bien-être matériel auquel tout individu devrait pouvoir accéder. Pour certains politiciens comme Thomas JEFFERSON président des Etats Unis, les droits de chaque citoyen ne se limitent pas seulement à des satisfactions mais peuvent inclure le droit au bonheur. (Schweitzer M, 2002, PP44-45).

5/Les domaines de la qualité de vie :

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

5-1/ Le domaine psychologique de la qualité de vie :

La composante psychologique de la qualité de vie est intéressée par deux dimensions, émotionnelle, ou mentale en recherchant la présence d'émotions

et d'états affectifs positifs ou l'absence d'affects négatifs, tels que l'anxiété ou la dépression. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p52.)

Le domaine psychologique peut de façon égale recouvrir des notions liées à l'estime de soi, au développement personnel, à la réalisation de soi, à la mort ou encore à la vie spirituelle. (Strenna, 2010, p.76).

5-2/ Le domaine physique de la qualité de vie :

La santé physique comprend deux états qui sont physiques et l'état fonctionnel. L'état physique inclut l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes. Alors que l'état fonctionnel contient la mobilité du sujet, les activités que le sujet peut accomplir, son autonomie ou sa dépendance. L'évaluation de ces deux aspects physiques, se fait selon deux points de vue externes qui consistent à évaluer le plus objectivement possible les aspects par un médecin ou soignant, soit interne qui est seulement accessible par le patient lui-même (autoévaluation), pour accéder au vécu et représentations cachés. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002).

5-3/Le domaine social de la qualité de vie :

Les relations et activités sociales des individus est un domaine important de la qualité de vie. Le soutien social est généralement perçu en termes de satisfaction et de disponibilité. En conséquence le fonctionnement social sera optimal dans les différentes sphères. On trouve de nombreuses échelles qui évaluent la santé sociale, c'est le cas d'échelles larges comme WOQOL à 100items explore six dimensions de la qualité de vie sont : physique, psychique, environnement, relation sociale, autonomie et spirituelle. (M. Bruchon-Schweitzer, pp. 53-75).

6/ La qualité de vie liée à la santé :

La qualité de vie liée à la santé est un concept multidimensionnel, dans le cadre auquel on tient compte de la perception subjective par la personne de sa

capacité de fonctionner, de ses symptômes physiques, de son bien-être émotionnel et de son fonctionnement social. C'est un concept très large, influencé de manière complexe par la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement. (V. Protate et A. Colvez, 2009).

La qualité de vie liée à la santé différencie les déterminants de la qualité de vie propre à la santé, d'autres déterminants de la qualité de vie tels que le revenu, les conditions de vie, la sécurité de l'emploi. (Rizzo & Spitz, 2002).

7/ La qualité de vie et maladie mentale :

Les troubles psychiques sont une contrainte et un handicap à la vie quotidienne et ont des répercussions lourdes au niveau émotionnel, cognitif, interpersonnel, psychique et comportemental. Ces troubles sont très fréquents, selon l'Obsan, ils ont des répercussions non seulement sur la qualité de vie des personnes atteintes de ces troubles, mais également sur les proches ; ils peuvent en outre mener jusqu'au suicide. (Schulet & Burla, 2012), en d'autres termes la qualité de vie des personnes atteintes de maladie mentale est reconnue comme étant moindre que celle de la population générale en tenant compte de leurs conditions psychiatriques ainsi que de la présence de comorbidités psychiques (Dickerson et Coll, 2008 ; Vetter et Wadden, 2010). Les symptômes de la maladie mentale (remplie sur soi, perte de plaisir, diminution de la participation dans des activités traditionnelles, altération de communication et sociabilité à aller sont inversement proportionnels à la qualité de vie. Le but pour l'évaluation de la qualité de vie dans le champ de la psychiatrie est grandissant depuis une vingtaine d'années, de nombreuses études ont évalué l'impact des troubles mentaux majeurs sur la qualité de vie perçue par les patients. Cependant l'évaluation des conséquences des troubles

mentaux sur la qualité de vie des personnes porteuses doit donc se faire par comparaison à la qualité de vie observée en population générale indemne de ces troubles de façon à identifier la perte de la qualité de vie et de prendre les mesures importantes pour une prise en charge adéquate.(Prigent,2014

8/ Les différents outils pour mesurer la qualité de vie :

« Comment vous- vous sentez » serait la première question à poser pour évaluer la qualité de vie mais la réponse qu'on obtiendra à cette question serait certainement limité et restreinte la qualité de vie liée à la santé est complexe qui ne peut pas être mesurée directement par une seule question ou par un petit nombre de questions simples (Leplege&Debout, 2007) c'est pour cela il est important et nécessaire d'utiliser des méthodes plus structurées et fiables.

Nous distinguons deux méthodes d'évaluation de la qualité de vie : les outils psychométriques (évaluation quantitative.), entretien psychologique (évaluation qualitative).

8-1/Les outils psychométriques : composées d'échelles ou questionnaires, réalisent une évaluation plus restrictive et étroite de la qualité de vie mais permettant une mesure standardisée et sont généralement faciles à utiliser. Ils s'adressent aux individus d'une population donnés et sont aptes à fournir des informations valables en moyenne pour l'ensemble du groupe. (Mercier &Schraub, 2005)

8-2/L'entretien psychologique : a pour but de faire une évaluation plus générale et globale de la qualité de vie du sujet, elle a pour objet de faire une prise en charge.

8-3/Il existe deux sortes d'échelles de qualité de vie : génériques et spécifiques :

8-3-1/Les échelles génériques : les instruments génériques sont conçus pour l'exploration des pathologies variées à des stades de gravité divers, et dans différents groupes sociaux, économique et culturels. Les mesures génériques donnent plus d'importance à l'aspect général de la santé à la satisfaction du patient et explorent plus globalement certaines dimensions concernant le fonctionnement psychologique et social de l'individu. Elles couvrent des dimensions plus larges et l'état fonctionnel du bien-être et de la perception globale de la santé, ils sont élaborés à partir des questionnaires testés dans la population générale. (leplège et j-cosye.2002, p154)

8-3-2/Les échelles spécifiques : des échelles de qualité de vie spécifique ont été élaborés afin de décrire de façon fine des populations cliniques particulières (patients, diabétique cancéreux, dépressif, insomniaques, arthritiques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur les divers domaines de la vie (limitations et altération, mais aussi l'évolution dans le temps. (M. Bruchon-Schweitzer, 2002)

9-Mesures de la qualité de vie liée à la santé et la santé mentale :

Les mesures de la qualité de vie sont de progressivement utilisées dans le monde de la recherche pour la santé, elles sont pour but de quantifier le retentissement des maladies ou de différentes interventions de santé sur la vie quotidienne des sujets. Comme l'appréciation de la qualité de vie est quelque chose d'inhérent à une personne, la plupart des auteurs s'accordent à dire qu'elle ne doit pas être rapportée que par le patient lui-même dès que cela est possible. En réalité l'évaluation de la qualité de vie d'une personne dans sa

globalité est très complexe, le plus souvent pour être adéquate, elle se résume à la mesure des différentes dimensions de la qualité de vie, qui a été préalablement définie dans une perspective décisionnelle ou opérationnelle. (Leplège&Debout, 2007)

9-1 Les instruments de mesure de la qualité de vie utilisés dans le champ de la santé mentale :

Les instruments de mesure de la qualité de vie présente sont divergents l'échelle spécifique basée sur les perceptions subjectives des patients et l'échelle générique basée sur des éléments objectifs notamment ces deux échelles ne permettent pas le calcul de scores d'utilité.

Parmi les instruments qui permettent le calcul de scores d'utilité, le National Institute for Health and Care Excellence (NICE) en Angleterre et la Haute Autorité Santé (HAS) en France recommandent l'utilisation de l'EQ5D dans le cadre d'évaluations économiques. L'EQ-5D ainsi que le SF-36 permettant de calcul de scores d'utilité par l'intermédiaire du SF-6D, font partie des instruments les plus utilisés, le SF36 étant de plus le seul à avoir été mobilisé en population générale en France et donc le seul à permettre la mesure de la perte de qualité de vie attribuable aux troubles mentaux évoquée (Prigent, 2017). Cependant, l'EQ-5D a fait l'objet de nombreuses critiques dans le champ de la santé mentale, en particulier en raison de son manque de réponse au changement. De manière plus générale, l'usage de l'ensemble des instruments de mesure génériques, dont fait partie le SF-36, a été contesté dans le champ de la santé mentale, cette fois en raison de leur seule approche subjective de la qualité de vie, qui selon certains auteurs devrait être complétée d'une mesure objective dans le cas de certains troubles qui peuvent être à l'origine d'une distorsion des perceptions. Ces instruments génériques sont pourtant les seuls à permettre des comparaisons de la qualité de vie entre différents champs

pathologiques et avec des populations indemnes de troubles. (Prigent, 2017, p. 36)

Conclusion :

La qualité de vie est une notion très vaste elle représente un élément important dans la vie de tout être humain, elle prend en considération les différents de domaines tels que le domaine physique (autonomie et activité physique), social (interactions) et psychologique qui peut être influencé négativement par l'atteinte de la santé mentale plus précisément du trouble bipolaire qui est une pathologie mentale assez lourde, qui a de graves retentissements sur le sujet et qui est responsable de nombreuses complications qui nuisent à la qualité de vie.

Prendre en compte de la qualité de vie des sujets est très nécessaire pour pouvoir cerner et contribuer à leur bien-être.

Chapitre II :

La bipolarité

Introduction

Le trouble bipolaire, est un trouble sévère de santé mentale, chronique, handicapant et potentiellement létal. Les sujets bipolaires vivent une grande instabilité dans leur vie affective, dans leur comportement et dans leur humeur, qui entraîne des conséquences dévastatrices et parfois mortelles dans leur vie.

1/ Historique du trouble bipolaire

Avant la naissance de la médecine, de nombreux chercheurs ont noté le passage de la personne d'un état mélancolique à un état maniaque. Avant J.-C., c'est Hippocrate qui a relevé ce changement de la mélancolie à la folie. Beaucoup d'auteurs l'ont suivi comme Arrêtee de Cappadoce en l'an 150, arrivant jusqu'à Griesinger en 1845 qui considérait que ces deux états formaient un même trouble où la mélancolie précédait et annonçait la manie. (LEMPERIERE T.et coll. p.3)

En 1854, Falret désignait le trouble bipolaire par « folie circulaire », alors que Baillarget par « folie à double forme ». Ces auteurs étaient les premiers à parler d'une même maladie qui regroupait deux états opposés et dont les épisodes étaient récurrents.

C'est en 1899, que l'allemand Emil Kraepelin avait individualisé la « folie maniaco-dépressive » dans son traité, comme une psychose endogène constitutionnelle différente de la démence précoce. Il a précisé les symptômes, l'évolution et les antécédents de la maladie. Il a introduit la notion d'état mixte qui réunit en même temps des signes mélancoliques et maniaques. En 1907, Demy et Camus introduisent la notion de «psychose maniaco-dépressive». En 1957, Karl Leonhard individualise deux formes de psychoses affectives : les formes bipolaires réunissant en alternance des épisodes dépressifs et maniaques et les formes monopolaires formés d'épisodes dépressifs psychotiques et

rarement de manies. (En1907, Demy et Camus introduisent la notion de « psychose maniaco-dépressive ».

En 1957, Karl Leonhard individualise deux formes de psychoses affectives : les formes bipolaires réunissant en alternance des épisodes dépressifs et maniaques et les formes monopolaires formés d'épisodes dépressifs psychotiques et rarement de manies.

C'est en 1970, que le trouble bipolaire a été reconnu par tous les auteurs comme une maladie qui peut regrouper non seulement des patients qui présentent des manies franches, du type I, mais aussi des patients qui ont des antécédents d'épisodes dépressifs majeurs et hypomaniaques, du type II. (Ibid., p. 6.)

2/ Définition de l'humeur :

L'humeur est une disposition affective fondamentale susceptible d'osciller entre les pôles extrêmes du chagrin et de la joie.

L'humeur donne aux émotions leurs colorations affectives. Elle paraît liée à la constitution et dépend d'un mécanisme neurophysiologique contrôlé par le diencephale (base du cerveau). (N. Sillamy 2003, p 132)

3/ Définitions de trouble de l'humeur :

Un trouble de l'humeur est une perturbation de l'état émotionnel qui peut se caractériser par L'intensité disproportionnée des émotions par rapport à la situation la perte de l'harmonisation avec le reste du comportement (les émotions paraissent inadaptées voire discordantes), leur signification différente de celle de la vie psychique normale. (S. Tribolet et M. Shahidi 2005, p125)

4/Les types de trouble de l'humeur :**4-1/ L'épisode dépressif majeur :**

Communément appelée dépression nerveuse ou dépression clinique, durant laquelle le patient subit quelques périodes de dépression. Elle se caractérise par la présence pendant au moins deux semaines d'une humeur dépressive ainsi que d'une perte d'intérêts et de plaisir.

4-2/ L'euphorie :

Elle correspond à une surexcitation du sujet, ce dernier devient aisément réactif et souvent très agité. Cette attitude qui présente souvent un versant d'exaltation peut révéler une réaction face à des angoisses d'effondrement et de mort (Ch. Mareau et A. Vanek Dreyfus, 2005, p 199).

4-3/ La tristesse :

Elle correspond à un détachement, un désintérêt des choses quotidiennes et même de l'existence. Il ya un émoussement affectif, c'est-à-dire que les sentiments n'ont plus de relief et que la colère ou la joie perdent de leur vigueur et de leurs nuances. (Ch. Mareau et A. Vanek Dreyfus, 2005, p 199-200).

4-4/ La dysthymie :

Elle se caractérise par une humeur dépressive présente de façon chronique mais non continuelle pendant au moins deux ans.

Il est important de dire que les personnes atteintes de dysthymie (c'est-à-dire environ 6% de la population) qu'elles ont la morale à plat » (Plotnik, 2007, p 286).

La dysthymie est un trouble de l'humeur moins grave que l'épisode dépressif majeur.

5/ Les définitions de trouble bipolaire :

Trouble bipolaire est une pathologie chronique débutant chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Il s'agit d'un trouble récurrent de l'humeur alternant des phases d'expansion de l'humeur avec une augmentation de l'énergie et des activités (manie ou hypomanie), et des baisses de l'humeur (dépression), avec des intervalles libres plus ou moins longs. Le trouble bipolaire est l'une des pathologies psychiatriques les plus sévères. Cette pathologie psychiatrique a de nombreuses comorbidités et conduit le plus fréquemment aux tentatives de suicide. (DSM)

La psychose maniaco-dépressive peut être définie comme suit, c'est une affection qui réapparaît fréquemment. Devant un seul accès thymique (maniaque ou dépressif), survenue successive d'accès maniaques et dépressifs ou uniquement d'accès maniaque. (P. Lévy-Soussan, page 16)

Le trouble bipolaire se caractérise par une périodicité d'épisode maniaque et dépressif dont les expressions varient en fonction de l'intensité, la durée et les caractéristiques cliniques.

6/ Episodes maniaques :

On peut définir l'épisode maniaque par une humeur irritable ou euphorique, associée à une hyperactivité psychique et physique. L'intensité de la symptomatologie permet de reconnaître la manie de l'hypomanie pour laquelle les manifestations cliniques sont atténuées et peu invalidantes, souvent compatibles avec le maintien d'activités socioprofessionnelles.

La présentation est caractéristique. La mimique est adaptée au contenu du discours même à l'ambiance. Elle est enjouée et hyper expressive. Il existe une agitation et une hyperactivité incessantes. La tenue vestimentaire est souvent

extravagante et colorée. L'individu s'exprime spontanément, sans aucune retenue. L'humeur est décrite comme euphorique, expansive, exaltée, gaie ou élevée.

Les idées s'accélèrent, une labilité est fréquemment observée, le sujet peut exprimer des idées tristes, passer du rire aux larmes, de la colère à l'anxiété. Celui-ci peut avoir des pensées mégalomaniaques, et une désinhibition sociale et parfois sexuelle. (J, -D. Guelfi et F. Rouille, p267-268).

6-1/ Les critères principaux d'un épisode maniaque selon le DSM IV :

Une période nettement délimitée durant laquelle l'humeur est élevée de façon anormale et persistante, pendant au moins une semaine (ou tout autre durée si hospitalisation nécessaire).

Au cours de cette période de perturbation de l'humeur, au moins trois (quatre si l'humeur est seulement irritable) des symptômes suivants ont persisté avec une intensité suffisante.

- Augmentation de l'estime de soi ou idées de grandeur
- Réduction du besoin de sommeil.
- Plus grande communicabilité que d'habitude ou besoin de parler constamment
- Fuite des idées ou sensations subjectives que les idées défilent.
- Distractibilité
- Augmentation de l'activité orientée vers un but (social, professionnel, scolaire ou sexuel) ou agitation psychomotrice.
- Engagement excessif dans des activités agréables mais à potentiel élevé de conséquences dommageables. (J, -D. Guelfi et F. Rouille, p268).

6-2/ Formes cliniques :**6-2-1/Etat hypomaniaque:**

Lors d'un état hypomaniaque, les idées s'accélèrent, le sujet ne ressent plus la fatigue ni l'envie de dormir, à avoir d'avantage d'idées, fait des projets, parfois très ambitieux, une sociabilité inhabituelle, avec une plus grande facilité de contact, une surconsommation d'alcool et de tabac. Il représente les mêmes caractéristiques que l'état maniaque, mais les symptômes sont moins nombreux, moins intenses et moins invalidants. Le diagnostic d'un état hypomaniaque peut se poser lorsque les symptômes persistent au moins quatre jours. (J, -D. Guelfi et F. Rouille, p269).

6-2-2/ Etat mixte :

Les critères sont réunis à la fois pour un épisode maniaque et pour un épisode dépressif majeur (à l'exception du critère de durée) et cela presque tous les jours pendant au moins une semaine.

La perturbation de l'humeur est suffisamment sévère pour entraîner une altération marquée du fonctionnement professionnel, des activités sociales ou des relations interpersonnelles, ou pour nécessiter l'hospitalisation. Cette dernière peut être demandée en prévention de potentielles conséquences dommageables pour le sujet ou pour autrui, ou bien en cas des symptômes psychotiques. (J, -D. Guelfi et F. Rouille, p269).

7/Episode dépressifs :

L'épisode dépressif se définit selon les mêmes modalités qu'un état maniaque, en regroupant trois types de symptômes : l'humeur triste ou tonalité triste des affects, des idées ou tentatives de suicide, le ralentissement idéique, le ralentissement moteur auxquels peuvent s'ajouter des manifestations physiques

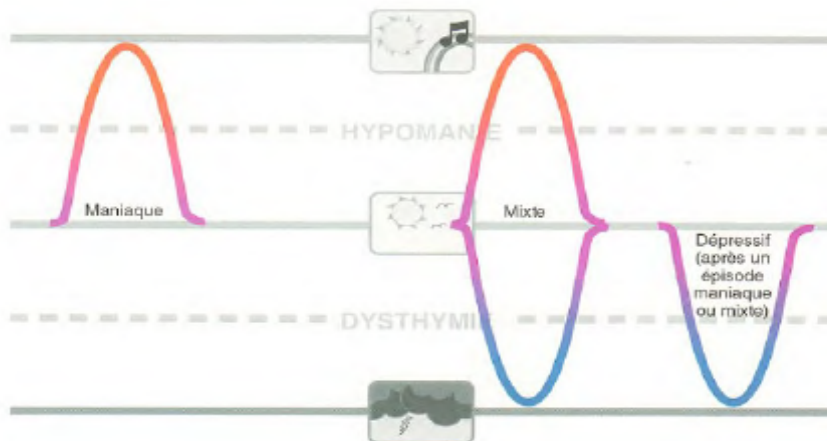
les modifications des conduites alimentaires et les perturbations du sommeil. (J, - D. Guelfi et F. Rouille, p270).

8/ Les spectres des troubles bipolaires :

Le terme bipolarité regroupe l'ancienne dénomination psychose maniaco-dépressive ainsi que différentes catégories de troubles dont les manifestations maniaques sont atténuées, tant dans leur intensité que leur durée ainsi que le trouble de la personnalité et des tempéraments.

8-1/ Trouble bipolaire type 1 :

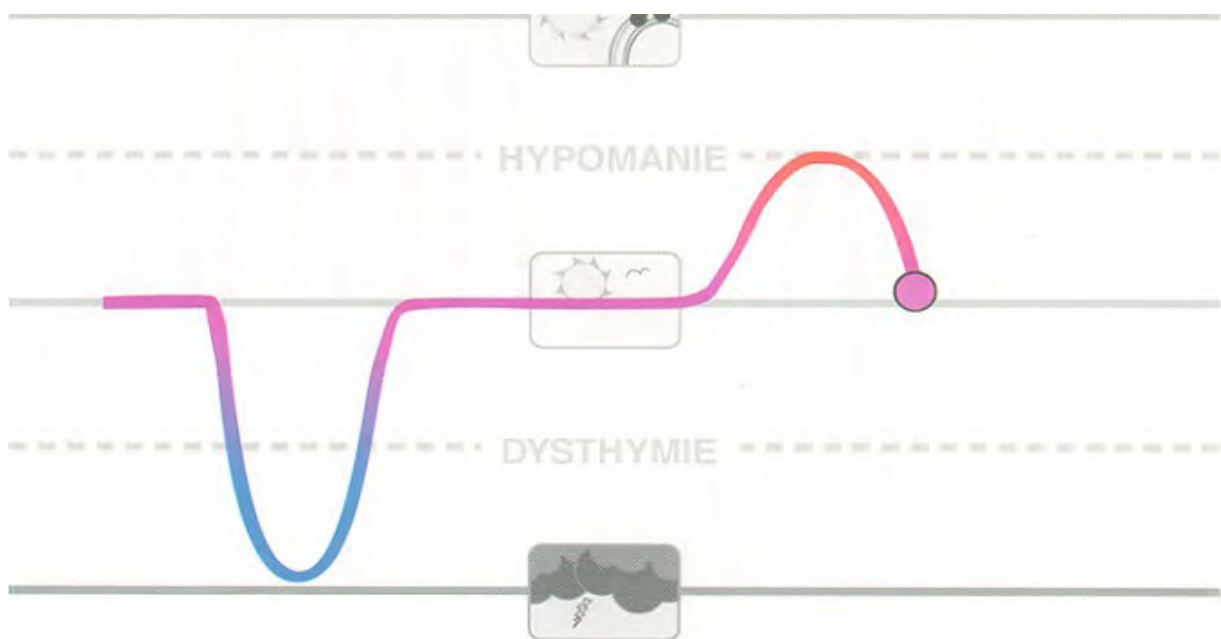
Cette forme correspond à la psychose maniaco-dépressive, elle est la plus typique des troubles bipolaires. Il s'agit d'une alternance d'épisodes thymiques majeurs (dépressif puis maniaque ou inversement), en général séparés par un intervalle de durée variable au cours duquel l'humeur revient à la normale ou presque : cette phase de rémission s'appelle l'euthymie. (HAVAGNAT D, 2010, p 12-15.)



(STAHL S.M, 2015, p 608).

8-2/Le trouble bipolaire de type 2 :

Le diagnostic se fonde sur l'hypomanie, ce qui pose un problème en terme pratique : en effet, les patients bipolaires II consultent en général lors des phases dépressives et ont du mal à expliciter a posteriori si l'Energie qui les animait avant la dépression était anormale (en général, le vécu d'une phase hypomaniaque est plutôt mélioratif). L'interrogatoire de l'entourage est donc primordial pour définir si l'activité du sujet a été augmentée dans les mois précédant l'épisode dépressif majeur. (HANTOUCHE E.G, AKISKAL H.S, 2004, p160-163).



(STAHL S.M. 2015, p 608.)

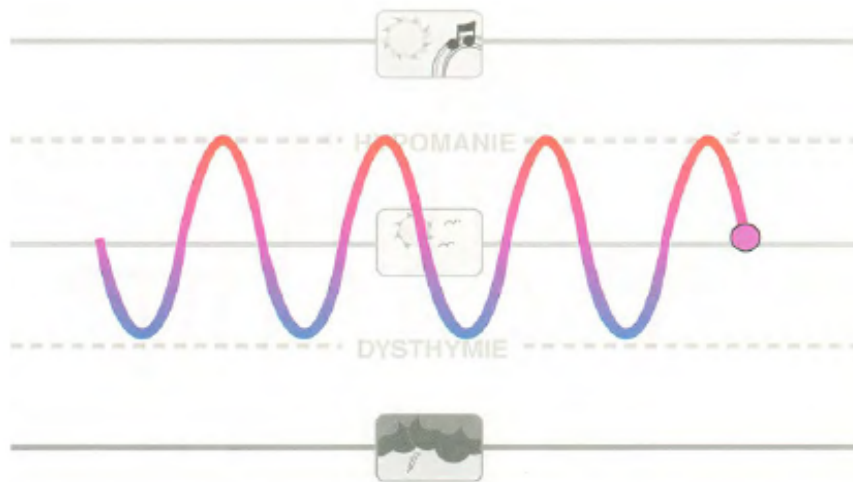
8-3/ Trouble bipolaire type 3 :

Cette catégorie de trouble ne fait pas l'objet de consensus et n'est pas répertoriée dans les classifications internationales. Elle regroupe à la fois les troubles dans lesquels le virage maniaque ou hypomaniaque a été pharma

logiquement induit et les formes qui se caractérisent par des épisodes dépressifs récurrents et des antécédents familiaux de troubles bipolaires. Les caractéristiques des épisodes dépressifs sont celles d'une dépression bipolaire. (J.-D. Guelfi, F. Rouillon, p274)

8-4/ Trouble cyclothymique :

Il ne s'agit pas de l'occurrence d'épisode thymique majeur, mais de variations de l'humeur sur une durée d'au moins deux ans (ou les intervalles de rémission ne dépassent jamais deux mois), et sans que leur intensité n'atteigne celle de la manie ou de la dépression majeure. Néanmoins, la souffrance clinique qui en découle reste significative dans la vie du sujet. (L'Encéphale, 2006, p 489-496.)



(STAHL S.M. 2015, p 608.)

9/ Surmortalité associée aux comorbidités et mortalité en lien avec le risque suicidaire :

9-1/ Surmortalité associée aux comorbidités :

L'Espérance de vie, dans la population bipolaire avec traitement adéquat, est plus faible de huit à dix ans par rapport à la population générale. Ces valeurs sont

encore plus importantes chez les sujets bipolaires non-traités, notamment en phase maniaque ou la prise de risque est majorée et conduit à des accidents fréquents. Cette diminution est liée, d'une part, au risque suicidaire majeur dans les troubles bipolaires, et d'autres parts, aux comorbidités somatiques et psychiatriques. (ZAGHBIB K, MILHIET V, JAMAIN S, BELLIVIER, 2012, p 56-61.)

9-1-1/ Comorbidités somatiques :

Les pathologies somatiques associées à la bipolarité sont nombreuses et Parmi les principales comorbidités somatiques, on retrouve en premier lieu les pathologies cardiaques (troubles cardiovasculaires, hypertension artérielle), cerebrovasculaires, mais également le syndrome métabolique, le diabète, l'obésité et les troubles endocriniens, notamment thyroïdiens. (ROUILLON F. 2009, p 793-795).

Ainsi, les pathologies cardiaques apparaissent en moyenne 14 ans plus tôt dans la population bipolaire que dans la population générale. D'autres pathologies somatiques, comme la migraine, les troubles du sommeil, la sclérose en plaque ou encore les infections à VIH ou VHC sont également plus fréquentes chez les sujets bipolaires, mais restent encore assez méconnues.

Outre le danger que ces différentes pathologies représentent en elles-mêmes, plusieurs études ont constaté qu'elles étaient également des facteurs aggravant de la bipolarité. Ainsi, pour exemple, le diabète grevé l'évolution du trouble bipolaire, en augmentant la fréquence des cycles rapides et des hospitalisations. (ZAGHBIB K, MILHIET V, JAMAIN S, BELLIVIER F, 2012, p 56-61.)

Il est important de noter que de nombreux troubles somatiques sont d'origine iatrogène et ne sont en fait que des effets indésirables des différents traitements possibles dans la bipolarité : des suivis réguliers seront donc nécessaires à toute

instauration de chimiothérapie. (ZAGHBIB K, MILHIET V, JAMAIN S, BELLIVIER F.2012, p56-61.)

9-1-2/ Comorbidités psychiatriques :

On constate l'association de comorbidités psychiatriques aux troubles bipolaires dans 75% des cas. Parmi elles, on retrouve l'abus de substances psychoactives (alcool, drogues, mais aussi médicaments), les troubles anxieux (anxiété sociale, troubles obsessionnels-compulsifs, attaques de panique) et les personnalités pathologiques (*borderline* par exemple). (BOURGEOIS M, 2009, p 803-809). L'usage pathologique de substances psychoactives expliquerait à lui seul le comportement antisocial des patients bipolaires, et les conséquences aggravées de ces comportements (criminelles et Medico-judiciaires). (ROUILLON F. 2009, p 793-795.)

9-2/ Risque suicidaire en population bipolaire :

Le risque suicidaire est multiplié par 20 à 30 dans la population présentant un épisode dépressif majeur caractérisé : 15% des sujets dépressifs décèderont par suicide ; 60% des suicides présentaient une dépression.(GOUDEMAMAND M. 2014, p 620).

Le taux de mortalité dans la population bipolaire, sans traitement, est deux à trois fois plus important qu'en population générale, en lien notamment avec les tentatives de suicide (LEVY-CHAVAGNAT D. 2010, p 12-15.)

10/ Origine et différentes explications du trouble bipolaire :

L'origine et les différentes perspectives qui expliquent le trouble bipolaire varient selon les approches et les écoles. Nous envisagerons l'école psychanalytique qui ramène le trouble à une composante affective liée à l'enfance, l'approche cognitive qui le ramène à des schémas dysfonctionnels provenant des expériences

précoces dans l'enfance, et les conceptions biologiques qui le ramènent à une composante génétique

10-1/ L'approche psychanalytique :

Pour l'école psychanalytique intègre sous le nom de psychose maniacodépressive le trouble bipolaire. Elle ramène les causes du trouble essentiellement aux relations affectives précoces (Freud, Karl Abraham, Mélanie Klein).

La perte de l'objet d'amour représenté surtout par la mère rejetant induit une perte de l'équilibre et pousse l'individu à fonctionner sur un mode oral (besoin de dépendance et de chaleur). Le rejet ressenti par le patient l'amène à abandonner l'objet mauvais qu'il voudrait tuer.

Ainsi, la dépression résulterait des perturbations au niveau des liens d'amour. La manie est une réaction de défense qui permet de lutter contre l'angoisse et la mélancolie. Le sentiment de toute-puissance exprime le besoin de maîtriser les objets. (HARDY-B. HARDY P, 1996, p. 151)

10-2/ L'approche cognitive :

Cette approche représentée particulièrement par Beck explique le trouble bipolaire par l'intrication de facteurs physiologiques (biologiques et génétiques), psychologiques et sociaux (environnementaux). (LAM Dominic, JONES Steven, 2003, p 52.)

Pour les cognitivistes (Beck, Rush, Shaw, Young), la dépression

S'explique par un mauvais traitement de l'information provenant du monde extérieur. L'information est déformée par des schémas cognitifs inconscients stockés dans la mémoire à long terme et représentés par les pensées automatiques préconscientes, contenues dans la mémoire à court terme.

L'activation des émotions permet aux schémas cognitifs de se manifester, se

traduire en pensées automatiques.

Le trouble bipolaire a pour origine des cognitions prémorbides permanentes chez l'individu associées à des événements de vie stressants, rendant le sujet plus vulnérable à la maladie. (LEMPERIERE Th et coll. 1995, p.146).

10-3/ L'approche génétique et l'approche biologique :

L'approche génétique (Mc Guffin et Katz) considère qu'une mauvaise transmission génétique est à l'origine du trouble bipolaire.

L'observation familiale montre que ce trouble touche plusieurs membres d'une même famille.

Les apparentés du premier degré des patients bipolaires présentent la même maladie. Mais la détermination des gènes responsables de cette maladie n'est pas encore claire.

L'observation des jumeaux confirme aussi l'existence d'une composante génétique. (HARDY-BAYLE. HARDY P, p 131-132.)

10-4/L'approche biologique (Anseau, Baker) :

Explique le trouble bipolaire par une transmission inter-synaptique de neuromédiateurs chimiques. La dépression résulte d'un déficit en norépinephrine et la manie d'un excès en norépinephrine. (Ibid., p. 139-140)

11 / Traitements du trouble bipolaire :

11-1/ Les consultations :

La consultation thérapeutique est très importante car la relation qui s'installe entre le patient et le thérapeute va permettre non seulement de préciser le diagnostic, leur traitement et leur suivi mais aussi faciliter le dialogue. C'est une manière d'exprimer les difficultés et les souffrances. C'est également le lieu pour informer clairement le patient et sa famille sur sa pathologie et la conduite de son

traitement.

11-2/La psychothérapie :

Les psychothérapies sont multiples. Elles peuvent être de type psychanalytique, cognitivo-comportemental et familial. Le choix de la prise en charge dépend de la personnalité du patient bipolaire, de la fréquence de ses accès et de leurs conséquences sur sa vie, de l'entourage dans lequel il vit et de la présence de troubles comorbides à son trouble bipolaire. (Ibid., p. 227-228)

11-3/La thérapie cognitivo-comportementale du trouble bipolaire :

Les TCC permettent de développer avec le patient et son entourage des stratégies de résolution des problèmes quotidiens, de gestion du stress (relaxation) ou encore d'améliorer les compétences de communication. Elle est venue remédier aux limites du traitement médicamenteux en facilitant l'observance thérapeutique et en diminuant les facteurs précipitants les rechutes maniaques et dépressives. (ADIDA M, RICHERI R, MAUREL M, *et al*, 2010, p188-196.)

11-4/La prise en charge médicamenteuse :

Le traitement médicamenteux représente un versant fondamental de la prise en charge du patient bipolaire. Il permet de gérer les phases aiguës de la maladie afin de revenir à un état thymique normal, et diminue le risque de récurrences à long terme.

11-4-1/ Les antidépresseurs :

Réservés aux formes moyennes et sévères d'états dépressifs, ne sont jamais prescrits isolément, mais toujours associés aux interventions psychologiques et familiales. On prescrit toujours un seul antidépresseur en première intention et à dose efficace.

Le traitement antidépresseur n'apportera d'améliorations qu'au bout de 1 à 2 semaines et en moyenne la rémission est obtenue en 4 à 8 semaines.

La durée de traitement sera de 3 à 6 mois à partir du moment où le patient est asymptomatique.

11-4-2/ Les anxiolytiques :

Surtout utilisés dans les formes les plus sévères ou les plus inquiétantes. Sont toujours prescrits de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

11-4-3/ Les hypnotiques :

Ne sont pas utilisés systématiquement, mais uniquement si les troubles de sommeil le justifient, de façon brève et avec une surveillance clinique rapprochée.

11-4-4/ Les neuroleptiques :

Il peut être nécessaire de les associer aux antidépresseurs dans les cas de dépressions délirantes.

11-4-5/ Les thymorégulateurs :

Constituent le traitement de fond du trouble bipolaire. Utilisés face à un épisode dépressif sévère associé à des manifestations psychotiques congruentes à l'humeur, mais aussi face à un virage de l'humeur (notamment passage d'un état dépressif à un état maniaque ou hypomaniaque).

11-5/ L'hospitalisation :

Indiquée dans les situations suivantes :

-Urgence (risque suicidaire majeur).

-Épisodes dépressifs sévère.

a. Idées délirantes associées.

b. Contexte défavorables (isolement de l'adolescent, refus de soins, nécessité de

Séparation...).

c. Phase aiguë d'épisode maniaque.

(<http://www.medecine.usp.tlse.fr/dcem4/module11/33.%20TR%20Humeur%20ADO%20II-284.pdf>).

La meilleure prise en charge qui peut être proposée aux patients bipolaires est mixte. Elle englobe un traitement pharmacologique et psychothérapeutique améliorant d'une part les symptômes de la maladie en limitant le nombre de rechutes et facilitant d'autre part la reconnaissance précoce des fluctuations de l'humeur et la gestion des stress personnels et environnementaux.

Conclusion :

Trouble bipolaire est une entité clinique caractérisée par une instabilité de l'humeur responsables de perturbations relationnelles évocatrices et une dysrégulation des affects et des comportements avec impulsivité. Les principales complications sont le risque suicidaire et les automutilations. Ses modes de comportement rendent difficile l'adaptation à diverses situations. Cela se répercute chez la personne atteinte de ce trouble dans presque toutes les sphères de sa vie, entraînant obligatoirement une souffrance et une détresse psychologique pour elle et pour son entourage.

Partie Pratique

Chapitre III :
Méthodologie de la
recherche

Introduction

Pour réaliser une recherche scientifique il est nécessaire de s'appuyer sur une méthodologie structurée et bien déterminée, il est également indispensable d'avoir un terrain de recherche, une population d'étude et enfin des outils d'investigations, dans le but d'assurer un bon déroulement et permettre l'aboutissement à un résultat objectif ainsi que rationnel. Cette étape sert à élucider l'enchaînement de la recherche et à présenter les outils avec lesquelles nous avons eu l'intention de travailler tout au long du processus de recherche.

À travers ce chapitre nous allons présenter toute la méthodologie avec laquelle on aurait souhaité travailler avant que le virus sars covid-19 dit corona virus soit apparu et nous pose des contraintes dans notre travail de recherche, ce chapitre consiste donc d'abord à présenter la méthode qu'on aurait voulu adopter, le lieu et le groupe de recherche, suite à cela nous mettons en avant les outils souhaités utilisés et enfin le déroulement de la pré-enquête et nous terminerons avec la synthèse du chapitre.

1 / Méthode utilisée dans la recherche :

Le choix d'une méthode de recherche congrue pour bien administrer son processus de recherche n'est pas une tâche facile. Étant donné la diversité importante des méthodes, le choix d'une procédure demande une réflexion, une compétence « car la valeur des résultats dépend de celle des méthodes mises en œuvre » disaient Festinger et Katz (1974). (Angers, 1997, p.97) En effet, le chercheur dispose d'une armure de méthodes pour bien diriger sa recherche, il les compare et finit par choisir celle qui convient le mieux à ses objectifs. Dans ce sens nous avons opté dans notre travail la méthode descriptive qui semble être plus convenable aux objectifs de notre étude.

Pour décrire et comprendre le fonctionnement mental et les comportements, les chercheurs en psychologie disposent de méthodes descriptives ; qui sont indispensables à la boîte à outils du psychologue, ces méthodes (étude de cas, enquête observation systématique ou naturaliste, méthode développementale.) Elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objet de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation donnée et parfois de décrire la relation qui existe ses composantes (K.Chahraoui&H.Bénony, 2003, p125)

Dans notre recherche, nous avons voulu choisir l'étude de cas, car celle-ci va nous permettre d'observer, de décrire et d'analyser l'état de nos sujets, en tenant compte de leur histoire de vie et de leur situation « selon Lagache, l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation ». (Pedinelli& Fernandez, 2005, pp.59-61)

Pour C. REVAULT D'ALLONNES(1989) « L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et employant des outils conceptuels adaptés. Conséquemment, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage de contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique » (J-L. PEDINIELLI, L. FERNANDEZ, 2015, p.58)

L'étude de cas est une démarche indispensable qui permet la récolte des informations importantes pour effectuer un travail correct et pouvoir répondre à notre questionnement de départ.

2/ Lieu de recherche :

Nous étions sur le point d'effectuer notre travail de recherche à l'ancien centre hospitalo-universitaire de Bejaia nommé Frantz fanon, construit en 1896 cet hôpital se situe au centre-ville de la commune de Bejaia, il est doté de plusieurs services en médecine ; mais le service qui nous importe est celui de la psychiatrie qui est sous la direction du professeur Adja.

Le service « Homme » ; Il se compose du dortoir de 13 lits appelé « grande salle » pour les malades moins agités ; une salle pour les visites ; une salle pour les soins et une autre, disposant, elle, d'une salle d'attente pour les urgences. De l'autre côté nous trouvons le bloc d'isolement avec 06 lits pour les malades agités ; le bureau du chef service ; et un autre bureau pour les urgences, doté d'une salle d'attente. Le service « Femme » ; Il comporte 08 lits ; une petite cour, une cuisine ; 03 chambres d'isolement ; un bureau de consultation ; et un autre pour le professeur.

a. Les activités principales du service : Consultations d'urgence faite par le psychiatre et le psychologue, Hospitalisations pour les malades agités ; Ergothérapie (réhabilitation) ; Enseignement et orientation, formation pédagogique (médecins, résidents paramédicaux et psychologues).

b. Personnel de travail du service : grâce à la psychologue nous avons pu avoir une liste du personnel travaillant, le service de psychiatrie est donc constitué d'un 01 professeur ; 03 maîtres assistants ; 02 Assistants santé publique ; 01 généralistes ; 09 médecins résidents ; 02 psychologues ; 08

Infirmiers pour le service homme et 06 infirmières pour le service femme ;
04 agents d'entretien pour le service homme et 03 pour le service femme.

3/ Groupe de recherche :

Nous avons voulu effectuer notre travail de recherche auprès de sujets bipolaires hospitalisés au niveau du service psychiatrique du CHU Bejaïa mais malheureusement notre recherche n'a pas pu être accomplie suite à l'apparition du virus sars covid-19.

3-a) Critères de sélection :

Les critères sur lesquels nous avons voulu que notre recherche soit reposée pour la sélection des cas constituant notre groupe de recherche sont les suivants :

- Tous les sujets ayant le trouble bipolaire.
- Malade hospitalisé au service psychiatrique de Bejaia.
- Famille prête à coopérer à notre recherche.

4/ Les outils de la recherche :

Les outils avec lesquelles nous avons voulu élaborer notre travail de recherche sont en nombre de deux : premièrement, l'entretien clinique qui est un outil très important et indispensable dans le domaine des sciences sociales et clinique car il permet de recueillir une acmé d'informations sur la vie du sujet. Deuxièmement le questionnaire généraliste SF-36 qui nous concède à comprendre et mesurer la nature de la qualité de vie de chaque sujet ainsi que son rapport avec le trouble bipolaire.

4-1/Entretien clinique :

L'entretien clinique est fondamental à toute pratique clinique, il est défini Selon Chahraoui et Bénonyi comme « un échange de paroles entre plusieurs personnes sur un thème donné, L'entretien clinique utilisé par les psychologues cliniciens vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation »(Kh. Chahraoui, H. Bénony 1999, p.11)

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cœur de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelle clinique ou à l'observation directe. (Herve, 1999, p. 61)

Il est décrit par Chilland comme étant « une communication entre deux interlocuteurs ou un moyen d'échange de paroles avec une ou plusieurs personnes, il vise à appréhender et à comprendre le fonctionnement psychologique d'un sujet en se centrant sur son vécu et en mettant l'accent sur la relation » (C. Chilland ,1983, p.119)

Il existe trois types d'entretiens selon le but recherché entre directif, non directif et enfin entretien semi-directif. Dans notre cadre de recherche nous aurions souhaité élaborer l'entretien semi-directif afin de donner plus de liberté d'expression à nos sujets.

L'entretien semi-directif, est certainement le plus utilisé en recherche, en ce sens il n'est ni entièrement ouvert, ni canalisé par un grand nombre de questions précises. Le clinicien dispose d'une série de questions-guide mais il

ne posera pas forcément toutes les questions dans l'ordre où il les a notées et sous la formulation prévue, il a pour objectif d'analyser l'impact d'un événement ou d'une expérience précise sur ceux qui y ont assisté ou participé (R. QUIVY, L-V CAMPENHOUDT, 2006, p.174)

Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir découler son discours. Dans ce type d'entretien, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé est avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir découler son discours.

4-2/ Le guide d'entretien :

Le guide d'entretien comprend des thématiques à traiter, le clinicien cherche prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne doivent pas être posées d'une manière directe, il s'agit davantage de thème à aborder que le chercheur connaît bien. (Benony, Chahraoui, 1999 p 69) mais nous n'avons pas pu effectuer le guide d'entretien avec les sujets suite à l'annulation des stages pratiques en raison de l'apparition du corona virus.

4-3/ Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF- 36) :

Développé durant les années 1980 aux Etats unis dans le cadre d'une étude plus large, Medical Out come study ou MOS, le SF-36 est une échelle générique de mesure de la qualité de vie, il s'agit donc-il d'un score de qualité de vie généraliste, robuste, fiable, et validé pour une utilisation en langue française (8- 13). Ce questionnaire peut être auto-administré ou administré par enquêteur, soit par entretiens, etc. Les échelles qui sont dérivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concernant plusieurs domaines et dimensions de

la qualité de vie. Cette échelle comporte 36 items, explorant 8 domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique

- Activité physique (Physical Functioning) ou PF : question 03 composées de 10 sous-questions
- Limitations dues à l'état physique (Rôle Physical) ou RP : question 4 composées de 04 sous-questions.
- Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP : questions 7 et 8.
- Santé perçue (General Health) ou GH : questions 1, 2, 3, 4, 6 et 8.
- Vitalité (Vitalité) ou VT : question 09 composées de 04 sous-questions (i, e, c, a).
- Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF : questions 6 et 10.
- Santé psychique (Mental Health) ou MH : question 09 composées de 04 sous-questions (h, f, d, g, b).
- Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotional) ou RE : question 05 composées de 03 sous-questions.

5/ Déroulement de la recherche :

5-1/ Pré-enquête :

La pré-enquête est une phase cruciale dans la recherche Elle constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche. C'est l'une des étapes les plus importantes dans toutes les recherches scientifiques, elle s'appelle phase exploratoire où il y a un

déplacement sur le terrain, elle doit conduire à construire la problématique au cours de laquelle s'épanouira la recherche, dans une stratégie de rupture épistémologique permanente ». (Cario, 2000, p.11)

Nous avons réalisé notre pré-enquête au service psychiatrique du CHU Frantz Fanon de Bejaia. Nous nous y sommes présentées le mois de décembre en tant qu'étudiantes en psychologie clinique nous avons été accueillies par la psychologue du service avec laquelle nous avons discuté sur notre thème de recherche et qui nous a fourni toutes les informations concernant le service ainsi que les sujets atteints du trouble bipolaire elle nous a par la suite orienté vers le professeur adja qui est en charge du service, le professeur semblait être intéressé par notre thématique il a donc fait appel à d'autres psychiatres afin de discuter avec eux et leur faire part de notre thème ainsi que nos objectifs ils ont fini par nous donner l'approbation pour entamer la pré-enquête, avant notre départ le professeur du service mis à notre disposition la documentation liée à notre thématique qu'il avait en sa possession. Nous nous sommes alors investies dans la lecture de tous ces ouvrages de psychiatrie qui nous a d'ailleurs apporté beaucoup d'informations nécessaires à notre recherche.

Nous comptions continuer notre pré-enquête après la passation de nos examens puis entamer l'enquête mais nous n'avons pas pu suite à l'apparition de la pandémie sars covid-19 qui est une crise sanitaire pénible touchant tout le pays tous les services hospitaliers étaient dans l'obligation d'annuler tous les stages pour la sécurité des étudiants et pour surtout faire face au virus.

Conclusion

Il est important de souligner qu'il n'y a pas de travail scientifique sans aucune démarche et méthodologie car cela permet de mener de manière plus efficace son étude et de faire en sorte à ce que le travail soit bien cadré afin de répondre à l'objectif principal de la recherche et confirmer ou infirmer les hypothèses.

Chapitre IV :
L'analyse et la discussion
des études antérieures

L'analyse et la discussion des études antérieures :

Vu l'annulation des stages pratiques suite à l'apparition du virus sars covid-19 nous avons fait recours à des études antérieures pour compléter notre travail, ce travail constitue en l'étude et l'analyse des thèses de doctorat et enfin la discussion des résultats.

Notre première étude s'intitule « les troubles bipolaires chez l'adulte » élaborée par « Mlle.ihasane el abbas » en 2010 à Marrakech, dont les objectifs étaient de déterminer la prévalence du trouble bipolaire chez les patients hospitalisés au service psychiatrique universitaire à Marrakech c'est à dire de mesurer l'état de santé de la population choisie ainsi que le nombre de personnes atteintes en prenant en considération plusieurs caractéristiques telles que l'âge, le sexe, la profession, les antécédents personnels et familiaux et enfin les caractéristiques cliniques qui veut dire la précision du type du trouble bipolaire (s'il s'agit du trouble de type 1, type 2 ou 3) . (P 04-05)

Le deuxième objectif était d'étudier le profil évolutif et pronostic de la maladie afin de rechercher les causes de la maladie, les facteurs de risques influençant leurs survenues au sein de la population choisie et d'établir la causalité entre l'exposition à un facteur ou un marqueur de risque et la maladie. Et tente d'expliquer l'influence des facteurs socio-économiques, cette étude est approfondie et rigoureuse elle aborde le trouble bipolaire dans toutes ses sphères allant de l'âge de son apparition à sa prise en charge, antécédents familiaux et personnels ainsi que psychiatriques, d'abus de toxiques et enfin antécédents judiciaires sur la maladie, son évolution et ses conséquences sur la vie des sujets. (P 04)

L'étude qui a été menée dans cette recherche est du type rétrospectif qui se base sur l'acquisition de données présentes dans les dossiers médicaux, portant

sur une série de patients hospitalisés au service psychiatrique universitaire du CHU Med VI de Marrakech, il s'agit d'une étude descriptive et analytique. (P06)

L'échantillon étudié comporte 100 dossiers de patients hospitalisés remplissant les critères du diagnostic and statistical manuel of disorder dans sa quatrième version (DSMIV) pour les troubles bipolaires. (P06).

la collecte des données s'est faite à l'aide d'une fiche d'exploitation conçue pour recueillir l'ensemble des données caractéristiques pour chaque patient elle comporte cinq rubriques, la première décrit les caractéristiques sociodémographies du patient(P06), la seconde nous renseigne sur les antécédents personnels et familiaux du patient en mettant l'accent sur d'autres tels que les antécédents psychiatriques, toxiques et judiciaires du patient(P07) , et troisième détaillent sur les caractéristiques cliniques du trouble bipolaire c'est à dire précise le type du trouble bipolaire parmi ses 3 types (p07).

La 4ème mets l'accent sur les modalités de prise en charge de la maladie(p07) et enfin la cinquième des aspects évolutifs de la maladie(p07), pour compléter enrichir et avoir des résultats plus faibles cette recherche a été complétée par une analyse statistique(P07) qui s'est basée sur une analyse descriptive et en faisant appel à des tests statistiques telles que le test Le test-t de Student qui est un test statistique permettant de comparer les moyennes de deux groupes d'échantillons. Il s'agit donc de savoir si les moyennes des deux groupes sont significativement différentes au point de vue statistique et le test exact de fisher. (P08).

Les résultats de l'étude

D'après le résultat de l'étude le trouble bipolaire affecte généralement le sujet jeune allant de 16 à 34(p10) ceci dit le trouble bipolaire touche les sujets plus jeunes, car les sujets jeunes sont plus susceptibles au stress de la vie quotidienne entre chômage, étude et travail.

La prédominance masculine l'emporte Celle-ci a été même constaté dans plusieurs pays ayant une divergence socio-économique et culturelle, la cause de la prédominance masculine serait la symptomatologie la plus souvent bruyante et agressive chez les hommes, les hommes ont tendance à être plus agressifs dans leurs actes et comportements. Ainsi Les exigences sociales vis à vis aux hommes jouent un rôle important vu les responsabilités dont il doit assumer au sein de la société entre charges et pressions. (P10)

Concernant l'autre caractéristique sociodémographique il a été constaté que le trouble bipolaire touchait surtout les sujets célibataires qui pour plus de la moitié d'entre eux n'avaient jamais été scolarisés ou n'avaient pas dépassés le primaire.(p11) et que cela concordait avec un bas niveau socio-économique, Autrement dit les spécificités socio-économiques et culturelles de chaque pays influencent sur l'apparition et l'évolution de la maladie, l'alphabétisation et le chômage la pauvreté peuvent être l'un des facteurs peuvent influencer sur le bien-être du sujet.

Concernant les antécédents psychiatriques toxiques et judiciaires des patients il a été noté que l'usage précédant l'éclosion de la maladie pourrait être un facteur de vulnérabilité au trouble bipolaire chose qui a été soulevée par de nombreuses études. C'est à dire que la prise de substances rend les sujets plus susceptibles au développement des maladies mentales plus précisément la bipolarité. (P16-17)

Pour les antécédents familiaux psychiatriques il a été souligné que les antécédents psychiatriques jouent un rôle important dans l'atteinte des sujets du trouble bipolaires font référence aux facteurs génétiques. Et enfin concernant les antécédents personnels judiciaires indiquent que la majorité des sujets bipolaires avaient des antécédents d'emprisonnement et des coups de blessures

ceci s'expliquent par la dimension impulsive et agressive de l'état maniaque.
(P19)

L'analyse des résultats :

Analyse des résultats a permis de dégager les résultats suivants : 9,92% avaient un Trouble bipolaire parmi les 1008 patients hospitalisés au service durant la période de l'étude. 57% avait débuté la maladie avant 25 ans mais le diagnostic ne fut posé qu'après en moyenne 51,72 mois. L'âge de début précoce était associé à plus d'épisodes maniaques avec idées délirantes, à la présence d'antécédents familiaux psychiatriques ainsi qu'à l'abus de substance, notamment lors des accès, retrouvé chez 49% des patients. Le tabac et le cannabis étaient les plus consommés (43% et 34% respectivement). L'usage de toxiques était plus prévalent chez les hommes, chez les patients ayant eu des antécédents judiciaires, et était lié à un important dysfonctionnement socioprofessionnel, les récurrences thymiques étaient majoritairement de nature maniaque, Concernant la prise en charge Les thymorégulateurs ont été prescrits chez la majorité de des patients, le lithium fut le plus prescrit et ce conformément aux recommandations thérapeutiques internationales, ainsi que l'accompagnement psychologique social et la psychoéducation ont été recommandés mais le trouble bipolaire demeure toujours un vrai bémol qui chamboule la vie et le quotidien des sujets.(p33-40)

En conclusion, la précocité de début du trouble bipolaire, et les problèmes d'abus de substances qui y sont souvent associés, ayant un impact sur le pronostic, devraient impérativement être tenues en compte en vue d'une prise en charge précoce et globale de la maladie.

Points de similitude de la thèse avec notre étude :

Notre thématique de recherche semble avoir certains points de similitude et divergences avec cette thèse, les points de similitude s'agissent quelque part

dans le fait que notre étude ait pour but de mesurer la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire car la qualité de vie prend le sujet dans toute son entité (physique, psychique, sociale) c'est à dire que nous comptons dans notre recherche prendre en considération tous les facteurs culturels, socioéconomiques, personnelles et familiales des sujets et leurs influences sur leur vie ainsi que leur maladie.

Le deuxième point en commun consiste en le fait qu'il ait un rapprochement culturel, et socio-économique entre l'Algérie et le Maroc ceci dit que même les hommes algériens sont d'une nature très agressive et impulsive dans leur façon d'être, et leurs comportements, à souligner aussi que les exigences sociales ont un rôle aussi important en Algérie. Et enfin le trouble bipolaire est une pathologie que l'on considère pénible, sévère qui engendre de lourdes conséquences sur la vie du sujet et qui nécessite une prise en charge précoce et adéquate sur le plan psychique et médicamenteux afin que le sujet ait une vie plus stable. Il faudrait mentionner aussi que si nous avons effectué notre pratique nous serions arrivées à une conclusion à ce que les sujets ayant des conditions de vie difficiles entre chômage, instabilité familiale, prise de substances auraient probablement une mauvaise qualité de vie. Et nécessiterait une prise en charge très sérieuse.

Les points divergents :

Cette étude a été faite sur une large population, et a été faite pendant plusieurs années c'est à dire que le chercheur a pris son temps de bien analyser sa population, la méthode utilisée n'est pas la même, dans notre thématique de recherche nous avons l'intention de travailler avec la méthode clinique descriptive sans faire recours à la méthode statistique, et enfin la prise en charge du trouble bipolaire en Algérie est un peu divergente à celle du Maroc car en Algérie on utilise plus le sel de lithium suite à sa disparition, contrairement au

Maroc le lithium figure parmi les médicaments efficaces avec lequel on stabilise et on traite le patient. Pour conclure dans les dans cas le trouble bipolaire figure parmi les troubles psychiatriques les plus lourdes mondialement car il provoque un chamboulement de vie et de quotidien à long terme donc une prise en charge rigoureuse et sérieuse semble être indispensable afin que les sujets puissent vivre une vie plus au moins agitée et tenir une meilleure qualité de vie.

Deuxième étude antérieure :

Notre deuxième étude s'intitule « Traitement du trouble bipolaire entre théorie et pratique » élaborée par « Sandrine Gravier » en 2003 à Angers France, dont l'objectif est de comprendre pourquoi il existe un décalage entre la recommandation et la pratique clinique dans la prise en charge du trouble bipolaire.(p7) C'est à dire les raisons pour lesquelles les dernières recommandations à propos de la prise en charge du trouble bipolaire ne sont pas appliquées à la lettre et ne sont pas administrés aux patients.

Malgré les avancés thérapeutiques, le trouble bipolaire ne semble être de bon pronostic que les chercheurs ont pu le croire, un quart des patients présentent des symptômes résiduels entre les accès et un certain nombre d'entre eux développent un cycle rapide de plus le risque suicidaire et les répercussions sociales, familiales et professionnelles sont loin d'être négligeable Et en pratique ces patients reçoivent plus souvent une polymédication Qui est l'administration d'un nombre excessif de médicaments, qu'une monothérapie qui est un traitement qui n'a recours à un seul médicament Part humorégulateur comme cela est préconisé. Ce décalage entre recommandation et pratique clinique est d'autant plus flagrant en ce qui concerne la place des neuroleptiques alors que leur rôle est fait à certaines phases aiguës de la pathologie mais beaucoup de patients en reçoivent au long cours, cette pratique d'ailleurs pose questions pour deux raisons ; d'une part aucune étude contrôlée n'a évalué l'intérêt de ces traitements aux longues cours et d'une autre part les neuroleptiques comportent des risques d'effet indésirables neurologiques et cognitifs pouvant engendrer une instabilité titanesque et altérer la qualité de vie des sujets qui en souffrent.

L'étude qui a été menée dans cette recherche est de type qualitative qui consiste à En la collecte et la description des données recherchés, cette étude a été faite

sur treize dossiers de patients bipolaires le diagnostic de bipolarité a été établi en fonction des critères de la CIM -10 ou l'historique clinique, (P74)thérapeutique des patients ont été retracé, ainsi que les périodes pendant lesquelles ils ont reçu des neuroleptiques et les raisons ayant motivé ces prescriptions.(P74) Pour chaque patient une fiche de recueil de données a été établi, cette fiche comprend trois partie premièrement éléments biographiques comprenant les antécédents familiaux, antécédents personnels pouvant interférer dans l'évolution de la maladie, deuxièmement l'histoire de la maladie comprenant le délai diagnostic, les premiers diagnostics évoqués et le traitement et enfin l'âge du début précoce la comorbidité, la présence des symptômes psychotiques et l'existence des troubles de la personnalité.(P74-75)

Résultats de l'étude :

Dans l'échantillon 11 dossiers sur 13 concernent des femmes ce qui confirme la prédominance féminine de cette maladie. Concernant L'Age moyen de début des troubles est de 29.7ans cependant il ne correspondant pas forcément ici à l'âge des premiers symptômes mais a l'âge de la première consultation, l'âge de début des troubles est difficile à chiffrer avec exactitude car les hospitalisations antérieures en dehors du centre hospitalier ne sont pas toujours précisées dans les dossiers. (P117)

Pour le délai diagnostiqué est en moyenne de 8 à 2 ans car le diagnostic de départ a été modifié au cours du suivi des patients dans 12 sur 13 dossiers le premier diagnostic qui était évoqué était celui de psychose dysthymique par la suite le trouble ceci explique que le trouble bipolaire est une pathologie difficile à diagnostiquer. (P118)

Concernant les symptômes psychotiques ils ont été retrouvés dans 61%(8dossiers sur 13) ces symptômes accompagnent Plus fréquemment les accès maniaques des troubles bipolaires du type 1, ce qui fait que la présence de

ces symptômes psychotiques entraîne fréquemment un doute de diagnostic et complique l'état du sujet. Et enfin le trouble de personnalité a été retrouvée dans plus de la moitié des cas (7 sur 13) il s'agissait du trouble de la personnalité de type hystérique dont 3 cas, phobique dont 2, psychopathique dont 1 et paranoïaque dont 1 cas. Pour certains patients ce trouble de personnalité a pu masquer le diagnostic ce qui explique sans doute en partie le retard du diagnostic et sa complexité. (P118-119)

Un retentissement social a été retrouvée chez 61% des patients (8 dossiers sur 13) alors qu'au début de leur maladie tous les patients sauf deux ayant toujours exercés des petits métiers et ayant eu une vie stable celles-ci montrent que le trouble bipolaire entraîne des perturbations psychosociales souvent sévères. (P119) pour la place des médicaments dans le traitement dans cette étude la prescription d'un neuroleptique au long cours qui est une période Supérieure à 6 mois est fréquente elle concerne 12 patients sur 13 la durée moyenne des prescription de neuroleptiques pour ces 12 patients est de 3 ans à 8 ans donc contrairement aux recommandations la prescription de neuroleptiques sont beaucoup prolongés bien au-delà des phases aiguës de la maladie ceci peut entraîner certaine dépendance à ces médicaments. Et enfin la prescription d'un thymorégulateur en première intention devant un premier accès éthylique est moins fréquente Ceci dit la prescription au long cours de neuroleptiques a été fréquente. (P120).

La monothérapie par thymorégulateur en première intention lors d'un accès thymique ne semble pas être l'attitude la plus courante donc il existe bien un nette décalage entre les recommandations et la pratique clinique. (P126)

L'analyse des résultats :

Tout d'abord, pour la quasi-totalité des patients suivis, le diagnostic posé au départ a été secondairement modifié au cours du temps. En moyenne, le délai entre la première consultation et le diagnostic a été de 8 ans, ce qui pose question car le pronostic de la maladie dépend de la mise en route précoce d'un traitement de fond adapté. Ce délai est le reflet de la complexité de la clinique dans la pratique quotidienne et des difficultés à faire la distinction entre le trouble bipolaire et d'autres pathologies vues la complexité du trouble et ses symptômes. Cela montre l'importance de réévaluer régulièrement les diagnostics lors de chaque décompensation de la maladie afin de ne pas poursuivre inutilement des traitements potentiellement mal tolérés.

La présence des symptômes psychotiques peuvent vraiment fausser le diagnostic ou poser un doute ce qui fait que les médecins doivent prendre le temps et les mesures nécessaires pour poser bien le diagnostic.

Enfin Le contraste entre recommandation et pratique clinique retrouvée dans cette étude conduit à porter un regard critique sur les habitudes et aptitude des médecins et sur le consensus thérapeutique qui ne sont pas toujours applicable à la réalité car La place des médicaments et des traitements dans le trouble bipolaire est importante vu la sévérité du trouble donc un bon établissement du traitement est nécessaire ce qui va permettre aux patients de mener une vie plus au moins stable et équilibrée. (P135-136)

Points de similitude de la thèse avec notre étude :

Dans notre recherche qui s'intitule la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire l'un de nos objectifs est de comprendre la qualité de vie chez les sujets qui souffrent du trouble bipolaire et de chercher à l'améliorer ceci est un point que nous considérons en commun avec cette thèse car cette thèse met en évidence l'un des points essentiels à l'amélioration de la vie et du quotidien

des sujets bipolaires qui est la nature de prise en charge. Lorsque la prise en charge et l'établissement des traitements sont faits d'une bonne manière correcte et juste cela donc peut vraiment favoriser l'amélioration de la qualité de vie des sujets ainsi que leur stabilité.

Points de divergences avec notre thèse :

Cette thèse se base uniquement sur un seul point qui est le traitement par médicaments du trouble bipolaire contrairement à notre étude nous avons l'intention d'aborder la prise en charge psychologique qui est importante et indispensable à cette pathologie, la méthode adoptée n'est pas la même ainsi la façon de faire recours aux informations car notre dans notre recherche nous avons l'intention de travailler avec les patients eux même sans faire recours aux dossiers Et enfin l'élaboration de cette thèse a pris le temps de quatre années ceci est d'une grande importance car plus on a le temps plus on a des résultats plus précis et importants .

Conclusion :

Cette thèse semble être très intéressante car elle nous permet d'élargir nos connaissances sur modalités du traitement du trouble bipolaire qui est une pathologie très délicate qui nécessite un travail rigoureux et une prise en charge rigoureuse afin de pouvoir faire face à ses répercussions.

Troisième étude antérieure :

Notre troisième étude s'intitule « trouble bipolaire et conduite suicidaires » élaborée par « Zeroual katia et chalal souhila » en 2019 a Bejaia dont les objectifs étaient d'établir un inventaire de connaissances sur le trouble bipolaire et son lien avec les conduites suicidaires, c'est-à-dire d'effectuer un bilan permettant d'analyser et d'avoir les informations nécessaires sur le trouble bipolaire et sa relation avec les conduites suicidaires qui constituent l'un des problèmes majeurs du trouble bipolaire.(P02-03)

Le deuxième objectif était de faire ressortir les facteurs de risque liés aux conduites suicidaires chez les patients bipolaires qui est d'identifier et d'expliquer les différentes causes et facteurs qui pourraient être (génétiques, sociaux, familiaux) poussant les sujets bipolaires à commettre des conduites suicidaires et mettre fin à leur existence. (P02-03)

Le trouble bipolaire est une maladie complexe du fait qu'elle englobe une grande variété de symptômes sévères et contradictoires, ce trouble génère une vulnérabilité chronique de l'être et l'expose à de nombreux problèmes personnels, sociaux et familiaux ce qui peut altérer sa qualité de vie. C'est d'ailleurs un facteur de risque majeur dans l'apparition des conduites suicidaires les comportements suicidaires sont trop fréquentes et les patients qui en sont atteints sont à haut risque de tentative de suicide et de suicide abouti La prise en charge des troubles bipolaires reste un défi pour tous les intervenants confrontés à cette pathologie contraignante.

L'étude qui a été menée dans cette recherche est de type qualitative avec une méthodologie descriptive et analytique qui consiste en la collecte, la description et l'analyse des données recherchés, Le recueil de données s'est basé principalement sur les dossiers du service de psychiatrie ce qui fait rapport à la

méthode rétrospective aussi, deux dossiers ont été retenus et qui ont été exposés sous forme de cas clinique. (P146)

Résultats de l'étude :

Puisque cette recherche a été effectuée sur deux dossiers seulement nous ferions donc recours à l'analyse de chaque dossier le premier sujet présente un trouble bipolaire de type 1 avec une alternance d'accès maniaques et dépressifs entre joie et tristesse qui ont motivés ces différentes hospitalisations en psychiatrie , elle a fait une tentative de suicide en avril 2013 sur un accès dépressif , cette patiente plonge était plongée dans une tristesse morbide avec un dégoût vital , elle est vulnérable aux facteurs de stress elle a eu une vie très difficile et elle était en instance de divorce d'ailleurs la relation conflictuelle avec le mari constitue un facteur de risque suicidaire d'où l'intérêt d'un suivi régulier avec une thérapie familiale, l'arrêt thérapeutique et la non observance médicamenteuse sont à l'origine de ses rechutes fréquentes.(P157)

Concernant Le deuxième dossier le sujet présente un trouble bipolaire de type 3 ayant des antécédents familiaux un frère suivi en psychiatrie pour une schizophrénie et un oncle paternel qui s'est suicidé, ce sujet souffre d'une perte de l'élan vital avec une tristesse morbide, perte de plaisir elle a déjà essayé de se suicider d'ailleurs les motifs de cet acte est le milieu de vie anxiogène et instable, absence de soutien social, la prise de médicament n'est pas régulière ce qui fait que le sujet rechute chaque même avec les différentes modalités de prises en charge .(P162-163)

L'analyse des résultats :

Il existe un risque suicidaire extrêmement important chez les bipolaires et ce risque est lié aux spécificités du trouble : poids des facteurs biologiques, décompensations thymiques, psychologiques et sociales. La répétition des conduites suicidaires, en particulier lorsqu'elles sont violentes, chez un patient

étiqueté « dépressif » doit amener à questionner l'existence d'une pathologie bipolaire, afin de poser l'indication d'un régulateur de l'humeur et de prévenir la prescription d'un traitement antidépresseur délétère chez certains patients bipolaires. En parallèle du traitement médicamenteux, la psychoéducation augmente considérablement la réactivité du patient lui-même et celle de ses proches lors des moments de crise. Les autres techniques de TCC sont, quant à elles, importantes pour un traitement de fond des symptômes.

Points de similitude de la thèse avec notre étude :

D'abord Notre thématique de recherche la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire a pour but de comprendre et d'expliquer les facteurs qui font que les sujets ne réjouissent d'une bonne qualité de vie afin de l'améliorer ce qui est d'ailleurs le point en commun avec cette thèse, car comprendre et déterminer les facteurs qui empêchent le sujet de mener une vie stable est nécessaire pour pouvoir établir de bonnes modalités de prises en charge à fin que les sujets aient une vie harmonieuse, cette thèse a été effectuée à Bejaia sous la direction du professeur adja et sous l'orientation des différents psychiatres qui étaient d'ailleurs intéressés par notre thématique de recherche, si nous avons effectué notre recherche nous serions arrivés à la même conclusion que la trouble bipolaire nécessite une prise en charge rigoureuse et l'ouverture des unités de dépistage et effectuer un travail complémentaire entre la psychologie et la psychiatrie serait bénéfique pour la sujets qui en souffrent, sur cette thèse la prise en charge médicamenteuse avec sel de lithium n'a pas été abordé ce qui confirme ce que nous avons cité dans notre introduction que le sel de lithium ait disparu en Algérie sans raison valable alors que pratiquement tous les pays du monde font recours au lithium pour stabiliser l'humeur.

Points de divergences avec notre thèse :

La méthode adoptée n'est pas la même ainsi la façon de faire recours aux informations car notre dans notre recherche nous avons l'intention de travailler avec les patients eux même en utilisant nos guides d'entretien sans faire recours aux dossiers ce qui rendrait d'ailleurs notre recherche intéressante Et enfin notre thématique de recherche ne se base pas sur un seul point précis ce qui est le cas sur cette étude mais sur plusieurs sphères du trouble bipolaire allant sur son apparition jusqu'à sa prise en charge afin de mener une étude riche et de pouvoir contribuer à une prise en charge complémentaire du trouble bipolaire.

Conclusion :

La présence de tentatives de suicide chez les bipolaires est le résultat d'une combinaison de facteurs de risque et de protection. Lorsque la personne bipolaire présente un nombre important de vulnérabilités (vulnérabilités biologiques, psychologiques et sociales), elle dispose de moins d'outils pour faire face aux stressors aussi bien internes (dépressions, états mixtes, agressivité) qu'externes (événements de vie). Ce qui nécessiterait une prise charge et un accompagnement psychologique et médicamenteux rigoureux et sérieux ainsi que l'implication et le soutien de l'entourage afin de pouvoir mener une vie stable harmonieuse et surtout réjouir d'une qualité de vie meilleure permettant aux sujets de vivre sa vie pleinement.

Quatrième étude:

Notre quatrième étude s'intitule « Notre quatrième étude s'intitule trouble bipolaire et addictifs : éléments d'une analyse française » élaborée par « Fabrice Marchal » en 2005 à Créteil. Dont l'objectif était de comprendre et d'expliquer la nature de la comorbidité entre le trouble bipolaire et les troubles addictifs c'est à dire la relation qui existe entre les deux et l'influence réciproque de ces troubles qui sont assez complexes et sévères qui présentent de lourdes conséquences sur les sujets qui en souffrent. (P1-p10)

Les troubles liés à la consommation de substances psychoactives ou troubles addictifs sont extrêmement fréquentes et sont la cause d'une mortalité et morbidité élevées surtout lorsqu'ils sont en comorbidité avec d'autres pathologies tel que le trouble qui représente lui-même une vraie contrainte et danger aux sujets qui en souffrent donc la comorbidité réciproque entre ces deux troubles peut engendrer des conséquences très lourde sur les sujets qui en souffrent(p10)

L'étude qui a été menée dans cette recherche est de type rétrospective qui se base sur l'acquisition des données présentes dans les dossiers médicaux. Les patients inclus dans cette étude présentaient un diagnostic de trouble bipolaire de type 1 confirmé d'un point de vue psychométrique, tous les patients ont été informés par écrit de leur participation à l'étude et ils ont été interrogés par des psychiatres formés à la version française du DIGS (diagnostic interview for gentils studies), qui est un entretien semi-structuré construit essentiellement à partir et pour les études d'épidémiologie génétique. (P36)

Les résultats de l'étude :

En ce qui concerne la comorbidité addictive, l'alcool représente le produit le plus consommé dans cette population puis c'est le cannabis, les opiacés et enfin la

cocaïne ces résultats sont d'ailleurs en adéquation avec les résultats des conduites addictives dans la population en générale. (P50)

Ainsi les hommes sont plus souvent consommateurs abusifs de substances que les femmes ($p=0.006$) ce qui est vrai également dans la population générale.

Les patients porteurs d'un trouble bipolaire De type 1 sont significativement plus addicts que les patients porteurs d'un trouble bipolaire de type 2 ($p=0.006$) ceci dit que la consommation de substances puisse être à l'origine d'une majoration de la symptomatologie, à savoir qu'un patient porteur d'un trouble bipolaire de type 2 puisse être rediagnostiqué comme un trouble bipolaire de type 1 à partir du moment où il a abusé des substances psychoactives, ces deux troubles sont probablement liés par une diathèse commune et enfin il se pourrait que les symptômes thymiques chez les sujets bipolaires de type 1 sont plus intenses que les sujets bipolaires de type 2 pouvant entraîner les patients dans une plus grande consommation de produits.(p51)

L'Age de première hospitalisation est plus précoce chez les patients "addicts"

($P=0.04$) du fait l'exacerbation des symptômes thymiques chez les consommateurs de produits, la consommation de produits peut aussi entraîner une accélération de la symptomatologie thymique et précipiter une hospitalisation.

De même pour les états mixtes et les symptômes psychotiques, dont la fréquence est significativement plus élevée chez les patients addicts que chez les bipolaires non addicts ($p=0.004$, et $p= 0.001$) les effets d'un produit consommé pouvant être à l'origine d'une atypie symptomatique expliquant l'aspect mixte des symptômes (dépressif et maniaque) par ailleurs la consommation de produits pouvant également expliquer l'émergence des symptômes psychotiques. Le nombre de suicide est lui aussi plus important chez patients comorbides ($p=2.02$) il est admis que la consommation de produits favorise et

facilite le passage à l'acte car les sujets sont déjà inconscients et très vulnérables.
(P51)

L'analyse des résultats :

L'ensemble de ces données entraînent d'importantes implications cliniques, l'évaluation des patients bipolaires devrait inclure systématiquement une recherche des troubles comorbides, Une autre implication est que chez les patients ayant une histoire familiale de trouble bipolaire l'apparition précoce d'un trouble d'abus de substances pourrait être considérée comme les prodromes d'une trouble bipolaire à venir, Il est important de souligner qu'au-delà de la séquence d'apparition des troubles il est probable que la consommation abusive de substances affecte la présentation et l'évolution du trouble bipolaire. La nature de la relation entre le trouble bipolaire et la consommation abusive de substances est complexe et probablement bidirectionnelle et multifactorielle, le trouble bipolaire co-occure de façon importante avec la consommation abusive de substance et particulièrement le trouble bipolaire de type 1, cette comorbidité entraîne plus fréquemment l'aggravation des troubles de l'humeur, ainsi que du trouble affectif, en effet la comorbidité addictive entraîne une hospitalisation plus précoce des sujets la prise en charge de cette comorbidité se doit être très rigoureuse et sérieuse car prendre en charge ces deux troubles qui sont à la base très délicats nécessitent un travail complémentaire entre médecins , psychologues et entourage.

Points de similitude de la thèse avec notre étude :

Notre thématique qui s'intitule « la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire » a pour but de s'intéresser et d'expliquer les différents facteurs peuvent causer le trouble bipolaire tel que la prise de substances qui semble être un facteur majeur favorisant l'atteinte du trouble bipolaire et ça le but de cette explication est de pouvoir mener une prise une charge adéquate

complémentaire et rigoureuse pour les sujets qui en souffrent afin d'améliorer le cours de leur vie et de mener un quotidien stable et harmonieux tel est le but d'ailleurs de cette thèse aussi.

Points divergents de la thèse avec notre étude :

La méthode utilisée dans cette thèse est de type rétrospective en faisant recours à des dossiers médicaux sans être en contact réel avec les patients, ce qui est divergeant avec notre thématique car si nous avions fait notre pratique nous serions en contact directe avec les sujets qui en souffrent ce qui nous donnera une vision très claire sur chaque cas, cette thèse aborde le trouble bipolaire dans un contexte précis contrairement à notre thématique qui vise à comprendre le trouble bipolaire dans toutes ces dimensions possible à fin de pouvoir l'étudier correctement.

Conclusion générale du chapitre :

Le trouble bipolaire peut donc s'accompagner d'une importante comorbidité, c'est-à-dire qu'il peut souvent être associée à d'autres troubles. Cette association modifie souvent l'expression de la maladie et peut affecter son pronostic sachant que le trouble bipolaire est à la base une pathologie assez contraignante donc sa comorbidité avec d'autres troubles peut vraiment engendrer un désastre dans la vie des sujets qui en souffrent donc comprendre la nature de cette comorbidité et l'établissement de différentes prises en charge va permettre de minimiser toutes les conséquences possibles et permettre ainsi aux sujets de mener une vie stable.

Conclusion générale

Conclusion :

En guise de conclusion, ce travail nous a permis d'enrichir nos connaissances sur le trouble bipolaire et de s'intéresser d'avantage à cette pathologie et l'influence qu'a sur la vie des sujets qui en sont atteint.

Le trouble bipolaire est une pathologie assez contraignante qui est souvent assimilée au suicide car les sujets qui en souffrent se trouvent face à une énorme instabilité de leur humeur, émotions et pensées ce qui peut chambouler et altérer leur qualité de vie ainsi que celle de leur entourage.

Dans le cadre de notre travail nous avons fait recours à des études antérieures pour compléter et enrichir notre travail de recherche, car l'apparition du virus covid sars-19 A fait que les stages pratiques soient annulés ce qui nous a d'ailleurs empêchées de mettre en pratique aussi la méthode et les outils avec lesquelles nous avons voulu travailler.

D'après notre théorie effectuée et les études antérieures nous pouvons dire que le trouble bipolaire est une pathologie qui affecte généralement les sujets jeunes dont les conditions de vie sont difficiles ou défavorables ceux-ci sont parmi les facteurs pouvant favoriser l'atteinte de cette pathologie morbide , nous pouvons ainsi dire que le trouble bipolaire nécessite le temps et l'effort pour poser un bon diagnostic car ce trouble est souvent confondu ou associé avec d'autres pathologies tel que les troubles addictifs, ainsi que d'autres symptômes psychotiques ce qui peut vraiment fausser le diagnostic et poser un doute sur cette pathologie complexe, ainsi l'existence d'un risque suicidaire est très fréquent chez les sujets bipolaires et ce risque est lié au spécificités du trouble surtout aux changements et l'altération du l'humeur car passer d'une joie extrême à une tristesse extrême est très difficile à supporter et à vivre ce qui fait que le sujet perd tout son plaisir, son potentiel et surtout son élan vital.

La prise en charge du trouble bipolaire doit être rigoureuse et sérieuse, les thymoregulateurs tel que le sel de lithium sont indispensables à cette pathologie mais ils doivent être appliqués d'une façon correcte en suivant les bonne recommandations, la prise en charge psychologique se voit aussi nécessaire et indispensable à cette pathologie car le sujet bipolaire nécessite un accompagnement un soutien psychologique ainsi que son entourage à fin de pouvoir faire face à cette pathologie donc ne pourrons dire que la prise en charge médicamenteuse et psychologique sont complémentaires à fin que les sujets puissent mener une meilleure qualité de vie , ces études antérieures nous ont mener à poser la question sur le fait que le lithium ne soit pas utiliser en Algérie

sachant qu'il présente de bon résultats et son efficacité est très remarquable dans plusieurs pays du monde, sa disparation donc suscite beaucoup de questionnements car les psychiatres algériens ont du mal à le remplacer et trouver un substitut aussi efficace .

Enfin ce travail et ces études nous ont permis de s'intéresser beaucoup plus sur la bipolarité et d'élargir notre vision sur cette pathologie car l'élaboration des études antérieures nous a donné la chance de comprendre la bipolarité à travers plusieurs analyses dans différents pays et constater le facteur socioculturel joue un rôle important dans l'apparition de cette pathologie.

Nous pouvons enfin dire que notre hypothèse a été confirmée grâce l'analyse des études antérieures mais nous ne pouvant pas généraliser, car nous n'avons pas effectué le stage pratique car la pratique est indispensable à tout travail de recherche.

Pour conclure nous espérons que ce travail a apporté lumière au thème choisi sur le trouble bipolaire malgré les circonstances de son élaboration, le trouble bipolaire une pathologie très difficile à cerner qui n'est d'ailleurs pas beaucoup abordé pour cette raison nous invitons nos camarade étudiants d'effectuer des recherches sur la bipolarité et de s'approfondir sur ce sujet de recherche.

A ce sujet nous propos de s'intéresser sur les modalités de prise en charge du trouble bipolaire en Algérie

Liste bibliographique

1. Brushon-schweitzer, M. (2001). « Personnalité et maladie stresse, coping et ajustement. Paris. Dunod
2. Brushon. S et Boujut, M. (2002). « Psychologie de la santé, modèles, concepts, et méthodes ». Paris. Dunod.
3. Brushon-schweitzer, M Boujut, E. (2014). « Psychologie de la santé ». Paris. Dunod.
4. Cario, R. (2000). « Victimologie de l'effraction du lien intersubjectif à la restauration social », Paris, Harmattan.
5. Castarède. M. (2013). L'entretien clinique à visée de recherche. France.
6. Chahraoui,K& Al. (1999). « Méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique » ,Paris, Dunod.
7. Chahraoui, Kh. &Bénonny, H. (2003). « Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique » . Paris : Dunod.
8. Charlotte Mareau et Adeline Vanek Dreyfus. (2005). « l'indispensable de la Psychologie ». France. studyrama.
9. Chiland. C, (1983), « L'entretien clinique », Edition PUF, Paris.
10. DSM VI. TR, (2003) « Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux », Paris, Masson.
11. Ficher, G-N. (2002). « Traité de la psychologie de la santé », Paris,Dunod.
12. GASMAN I., ALLIAIRE J.-F., (2003) « Psychiatrie de l'enfant, de l'adolescent et de l'adulte »,paris,Masson .
13. HARDY-BAYLE Marie-Christine., HARDY Patrick, (1996). « Maniaco-dépressif. L'Histoire de Pierre ».
14. J.-D.Guelfi, F.Rouillon, « Manuel de psychiatrie ». 3^{ème} édition.
15. Kochmanf.,Meynard J., lefevre P., (2010) « les troubles bipolaires : livret destinés aux paetients, à leur famille et aux autres » ,Paris,Sanofi.

16. LEMPERIERE Thérèse et coll. (1995). « Les troubles bipolaires ». Paris. Edition Masson, Collection PRID.
17. Leplège, A., et J-coste (2002) « mesure de la santé perceptuelle et la qualité de vie et application », paris, Estem.
18. Leplège, A., Debout, C. (2007). « Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers. Recherche en soins infirmiers » ,paris,
19. Pedinielli, J-L., Fernandez, L. (2015). « L'observation clinique et l'étude de cas. 3eme édition » . Paris : Armand colin.
20. Rod Plotnik. (2007). « Introduction à la psychologie ». 2ème édition.
21. Schweitzer.M, (2002) « psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes. » ,Paris , Dunod.
22. Serge Tribolet et Mazda Shahidi. (2005). « nouveau précis de sémiologie des troubles psychiques ». France.

Le dictionnaire :

1. Sillamy N. (2003). « Dictionnaire de psychologie ». Paris, édition Larousse-vuef.

Les thèses et les mémoires :

1. El abbas. I. (2010). « Les troubles bipolaires chez l'adulte », Marrakech.
2. Gravier. S. (2003). « Traitement du trouble bipolaire entre théorie et pratique », Angers.
3. Lafaye. A, (2009) « effets-acteurs partenaires de soutien social et des stratégies de coping sur la qualité de vie et les troubles anxio-depressifs de patient atteints d'un cancer de la prostate et de leur conjointe », Bordeaux, Victor Segalen université.
4. Marchal. S. (2005). « Trouble bipolaire et addictifs : éléments d'une analyse français », Créteil.

5. Martin, J,-P., et royot, D., (2003) « Histoire et civilisation des états unis » Nathan université.
6. Meynard.A. (2009). Vécu du syndrome néphrotique idiopathique et qualité de vie chez l'adolescent. Université de limoges (thèses).
7. Orhan.f, (2009). « étude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixe » ,Paris, descarte université.
- 8.Serena.L, (2006) « étude des tracas quotidiens des grandes écoles : liens avec la santé perçue la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et l'estime de soi » Bourgogne (thèse).
9. Stenna, L. (2010). Etude de traces quotidiennes des étudiants de grandes écoles : liens avec la santé perçue, la qualité de vie, importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalité et de l'estime de soi. (Thèse de doctorat en psychologie clinique et psychopathologie). Université de Dijon. Paris.
10. Zeroual.K. Chalal. S. (2019). « Trouble bipolaire et conduite suicidaires », Bejaia.

Les articles PDF :

1. ADIDA M, RICHERI R, MAUREL M. (2010). « . Troubles affectifs, antipsychotiques et thymorégulateurs : innovations thérapeutiques ». L'Encéphale.
2. AZORIN J.-M. (2006). «Qu'est-ce que le trouble bipolaire ? L'Encéphale ».
3. BOURGEOIS M.-L. (2009). « Aspects nosologiques des troubles bipolaires maniaco-dépressifs ». . Annales Médico-Psychologiques.
3. GOUDEMANT M. (2014). Paris. « : Troubles unipolaires ». : Médecine Sciences Publications.
4. HANTOUCHE E.G, AKISKAL H.S. (2004). . Chapitre II Connaitre le spectre

- bipolaire dans sa globalité. Annales Médico-Psychologiques.
5. LEVY-CHAVAGNAT D. (2010). « Les troubles bipolaires, entre dépression et manie ». Actualités pharmaceutiques.
 6. Leplege. A. (1999), « les mesures de la qualité de vie », Paris, PUF, colln (pdf).
 7. ROUILLON F. (2009). « Epidémiologie du trouble bipolaire. Annales Médico-Psychologiques ».
 8. Serge. S, et isabelle. V, (2012), « psychologie de la santé », presse universitaires de France puf.
 9. SPORTICHE S, DELAVEST M, LEPINE J.-P. (2014). Paris. «Principales données épidémiologiques dans le trouble bipolaire ». Médecine Sciences Publications.
 10. STAHL S.M. (2015). « Psychopharmacologie essentielle. Bases neuroscientifiques et Applications pratiques ». Paris. Traduction de la 4ème édition américaine. Lavoisier Médecine science.
 11. Stewart, P. (2002). Rapport sur les maladies mentales au canada. Ottawa.
 - 12.ZAGHBIB K, MILHIET V, JAMAIN S, BELLIVIER F. (2012). « Sante physique et troubles bipolaires. Annales Médico-Psychologiques ».

Le trouble bipolaire est une maladie mentale sévère et chronique, elle débute chez l'adulte jeune et dont le handicap est très important. Ce trouble correspond à des perturbations de l'humeur dont une augmentation de l'énergie et des activités, mais aussi des baisses de l'humeur, avec des intervalles libres plus ou moins longs.

Nous avons voulu effectuer notre stage au sein du service psychiatrique de l'ancien centre hospitalo-universitaire de Bejaia nommé Frantz fanon. Dont notre objectif est de décrire et d'évaluer la nature de la qualité de vie chez les sujets ayant le trouble bipolaire. Pour cette recherche nous avons voulu travailler avec la méthode descriptive qui paraît être la plus adéquate aux objectifs de notre étude. Afin de mieux comprendre le comportement, et le fonctionnement mental du patient.

Nous avons fait recours aux études antérieures vu l'apparition du virus sars covid-19 dit corona virus, conséquemment nous n'avons pas eu la possibilité d'effectuer notre stage pratique au sein du service. Les études antérieures nous ont permis d'avoir plus d'information et nous ont aidés à mieux comprendre le trouble bipolaire en se basant sur les connaissances acquises durant ces études. D'après l'analyse de ces études et ce qu'on a abordé dans notre théorie nous constatons que le trouble bipolaire est une pathologie pouvant affecter engendrer de lourdes conséquences sur différents plans (physiques, psychiques et sociaux) ce qui mène à une énorme instabilité et altère la qualité de vie des sujets souffrant de ce trouble.

En conclusion les sujets ayant le trouble bipolaire nécessitent une prise en charge psychologique et médicamenteuse rigoureuse et sérieuse ainsi que l'implication et le soutien des membres de la famille du sujet qui en souffrent pour une meilleure qualité de vie.

الاضطراب المزاجي الثنائي القطبين هو مرض عقلي حاد ومزمن. يبدأ عند الشاب البالغ ومع العلم أن إعاقته بالغة جدا. وهذا الخلل يتوافق مع الاضطرابات في المزاج بما في ذلك الزيادة في الطاقة والأنشطة الذهنية والحركية، وأيضا المزاج المنخفض بفوارق زمنية طويلة ومتقطعة.

أردنا أن نقوم بدورات تدريبية في المصحة العقلية المتواجدة في مركز المستشفى الجامعي السابق في بجاية المسمى فرانتز فانون. هدفنا هو أن نصف طبيعة نوعية الحياة عند الأشخاص المصابين بمرض الاضطراب المزاجي الثنائي القطبية.

لهذا البحث أردنا أن نعمل بالمنهجية الوصفية التي نعتقد أنها الطرية الملائمة الأهداف دراستنا وهذا بغية التوصل إلى فهم أدق لسلوك المريض وعمله العقلي. لقد استندنا في بحثنا هذا إلى الدراسات السابقة بالنظر إلى ظهور الفيروس ساركوفيد 19 المسمى بفيروس كورونا. بالنتيجة إلى ذلك لم يكن لدينا إمكانية القيام بالتدريب التطبيقي داخل القسم المختص. الدراسات سمحت لنا باكتساب مزيد من المعلومات وسعدتنا في فهم أفضل لمرض الاضطراب المزاجي الثنائي القطبية استنادا إلى المعارف المكتسبة خلال فترة الدراسة. وفقا إلى تحليل هذه الدراسات وما تطرقنا إليه نظريا، نلاحظ أن الاضطراب المزاجي الثنائي القطبية.

هي حالة طبية بإمكانها أن تؤثر وتسبب عواقب خطيرة على مختلف المستويات جسدي، نفسي، اجتماعي مما يؤدي إلى عدم الاستقرار كما أنها تعيق نوعية الحياة للأفراد اللذين يعانون من هذا الاضطراب.

وفي الختام نستنتج أن الأفراد اللذين يعانون من الاضطراب المزاجي لثنائي القطبي يستلزم الأخذ بالعناية النفسية والدوائية بصرامة وجدية، كذلك يحتاج إلى الدعم والإسناد العائلي للفرد الذي يعاني من هذا الاضطراب من أجل نوعية حياة أفضل.

Abstracts :

Bipolar disorder is a severe and chronic mental illness, that begins in young adults with a significant disability. This disorder corresponds to mood disturbances, including an increase in energy and activities, but also decreases in mood, with more or less long free intervals.

We wanted to do our internship in the psychiatric department of hospital of Bejaia named Frantz fanon. Our purpose is to describe and evaluate the nature of quality of life of people with bipolar disorder. For this research we wanted to work with the descriptive method that seems to be the most adequate to the goals of our study. In order to understand better the behaviour and mental functioning of the patients.

Due to the appearance of the sars covid-19 virus called corona virus, We resorted to the previous studies, therefore we did not have the opportunity to do our practical internship into the hospital. Thoses previous studies provided us with more informations and helped us to understand better the bipolar disorder, based on the knowledge acquired during those studies and the analysis of these studies and what has been done in our theory , we find that bipolar disorder is a pathology that can affect people in different ways (physical, psychic and social), which leads to enormous instability and alters the quality of life of those suffering from this disorder.

In conclusion, people with bipolar disorder needs a rigorous psychological and medication management as well as the involvement and support of family members who suffer from it for a better quality of life wich can give the possibility the thoses people to continue normaly thier life.