

الجمهورية الجزائرية الديمقراطية الشعبية
وزارة التعليم العالي والبحث العلمي

Université Abou Bekr Belkaid
Tlemcen Algérie



جامعة أبي بكر بلقايد

تلمسان الجزائر
جامعة

Faculté de Médecine Dr Benzerdjeb Benaouda-Tlemcen

Département de Médecine

Année universitaire 2012-2013

7eme année médecine

Dr. H. BOUCIF
Médecin Assistant en
Psychiatrie
C.H.U Tlemcen

THEME :

**Evaluation de la qualité de vie des
patients schizophrènes suivis au service
de psychiatrie CHU Tlemcen**

Préparé par :

-MEFTAH Mohammed Amine

-MANSOURI Mohammed Amine

Encadré par:

Dr. BOUSSIF Hassane

EVALUATION DE LA QUALITE
DE VIE DES PATIENTS
SCHIZOPHRENE SUIVIE AU
SERVICE DE PSYCHIATRIE CHU
TLEMCEN

INTRODUCTION.

SCHIZOPHRENIE.

- 1 DEFINITION-EPIDEMIOLOGIE.
- 2 Incidence et prévalence de la schizophrénie.
- 3 Différences entre les sexes.
- 4 Stress des proches.
- 5 Coûts.
- 6 LES SYMPTÔMES.
- 7 LES SIGNES D'ALERTE .
- 8 Types de schizophrénie.
- 9 Diagnostic.
- 10 Etiologie.
- 11 Le diagnostic différentiel.
- 12 Evolution.
- 13 Mortalité.
- 14 Traitements (trt).

LA QUALITE DE VIE .

- 1 QUANTIFIER DES QUALITÉS.
- 2 QUALIFIER LA VIE DU PATION SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE.
- 3 LE CONCEPT DE QUALITE DE VIE AUJOURD HUI .
- 4 ÉVALUATION DE LA QUALITE DE VIE.

RESULTATS ET DISCUSSIONS.

- 1-Qualité de vie en fonction de l'âge.
- 2-Qualité de vie en fonction du sexe.
- 3-Qualité de vie en fonction du statut marital .
- 4-Qualité de vie en fonction de la forme clinique de la schizophrénie .
- 5-Qualité de vie en fonction du traitement actuel .
- 6-Qualité de vie en fonction du nombre d'hospitalisation .
- 7-Qualité de vie en fonction des antécédents familiaux.
- 8-Qualité de vie en fonction de la présence ou non d'une affection somatique antérieure ou actuelle .
- 9-Qualité de vie e fonction de la PANSS .

CONCLUSION.

I. INTRODUCTION

La souffrance due à la schizophrénie est souvent associée au vécu de cette maladie. C'est le sentiment qu'a le patient de perdre le contrôle de sa propre vie, sentiment bien souvent renforcé par le fait que même l'entourage et les médecins ne prennent pas souvent en compte les impressions de ce dernier.

Les professionnels de santé sont plus attentifs aux symptômes et aux signes cliniques ; alors que le malade donne priorité aux activités, aux loisirs et à la joie de vivre. Il se plaint d'ailleurs de son thérapeute qui ignore ses expériences subjectives, pourtant à la base des décisions concernant son traitement. Cette divergence entre les attentes du clinicien et celles du patient peut créer une rupture.

Alors que les neuroleptiques stabilisent les symptômes psychiques, l'évaluation de la qualité de vie du schizophrène est une mesure d'auto évaluation complète faite pour dresser les aspects de la qualité de cette vie relative à la santé affectée par le vécu de la maladie.

La qualité de vie subjective constitue une dimension essentielle du handicap psychique. Elle reste néanmoins peu étudiée directement en vie quotidienne, de même que ses relations avec les événements de vie mineurs. La présente recherche a pour objectif d'étudier la qualité de vie subjective de sujets souffrant de schizophrénie à l'aide des échelles et des questionnaires.

La qualité de vie est définie de façon multidimensionnelle, comme un état de bien-être physique, mental, social, intégrant différents domaines tels que la santé, la famille, le travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres. Actuellement, la réintégration sociale et ainsi la qualité de vie apparaissent comme une préoccupation majeure dans la prise en charge des patients schizophrènes.

II. SCHIZOPHRENIE

I) DEFINITION-EPIDEMIOLOGIE:

La schizophrénie est une psychose grave survenant chez l'adulte jeune, habituellement chronique, existe dans toutes les cultures, toutes les races, toutes les époques.

"Schizophrénie " Provient du mot grec

Schizein : rupture, fente

Phrên : psychique

❖ La schizophrénie existe dans toutes les cultures, toutes les races, toutes les époques.

❖ Prévalence 0,5 à 1 % de la population générale.

❖ Début entre 15 et 25 ans.

❖ Sexe ratio = 1

❖ Espérance de vie diminuée du fait d'un taux important de suicide (20%).

❖ La schizophrénie est aujourd'hui encore une grave maladie du jeune adulte avec risque élevé de chronicisation et espérance de vie plus courte. Les femmes en sont généralement atteintes quelques années plus tard et l'évolution de la maladie est plus favorable que pour les hommes.

❖ Le poids de cette maladie est énorme et pas uniquement pour les Patients, mais aussi pour leurs proches et la société en général. La schizophrénie est la maladie psychiatrique qui coûte le plus cher.

❖ Il s'agit d'une pathologie multifactorielle, tout comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires. La prédisposition génétique joue un grand rôle, de même que plusieurs facteurs environnementaux.

❖ L'abus de certaines substances, dont surtout le cannabis, double le risque de schizophrénie. Ce risque est fonction de la quantité totale et de la durée.

❖ Les schizophrènes ne sont en principe pas dangereux. Leurs actes violents sont quantitativement très rares, commis le plus souvent par des hommes sous l'influence de certaines substances.

La schizophrénie, les troubles schizotypiques et délirants sont traités au chapitre F2 de la classification internationale des maladies (ICD-10). Il s'agit là d'un groupe hétérogène de diagnostics dont le plus important et fréquent est la schizophrénie.

Cette entité pathologique a été décrite pour la première fois par Kraepelin (1896), qui a fait la distinction entre schizophrénie et troubles maniaco-dépressifs. Il a lui même appelé ce tableau clinique «Dementia praecox» en pensant que cette maladie, débutant chez le jeune adulte déjà, débouchait dans un processus amenant inexorablement au «crétinisme». Le terme même de schizophrénie a été marqué par Eugen Bleuler en 1911. Il a parlé du groupe des schizophrénies pour expliquer qu'il ne s'agit probablement pas d'un seul et unique tableau clinique mais d'un groupe de différentes pathologies ayant une expression phénotypique semblable.

Plus de 100 ans de recherche n'ont pas permis de résoudre l'énigme de la schizophrénie. Nous con si dérons actuellement la schizophrénie comme une pathologie multifactorielle, de la même manière que le diabète ou les maladies cardiovasculaires. Il ne fait aucun doute

Qu'elle a une importante composante génétique mais son éclosion implique de très nombreuses interactions entre vulnérabilité génétique et environnement vital.

Les facteurs environnementaux vont de la vie intra-utérine à des facteurs très complexes tels qu'«environnement citadin» ou statut de «migrant», en passant par complications obstétricales, circonstances de vie défavorables pendant l'enfance et l'adolescence. Mentionnons notamment que l'abus de substances, cannabis surtout, double à peu près le risque de schizophrénie. Ce risque est probablement dose dépendant,

c.-à-d. fonction à la fois de la dose totale et de la durée de consommation.

2) Incidence et prévalence de la schizophrénie

L'incidence annuelle moyenne est d'env. 15 nouvelles maladies pour 100 000 personnes. La probabilité d'être atteint de schizophrénie au cours d'une vie est d'env. 0,6 à 1%. Il y a également de très grandes différences dans la prévalence de la schizophrénie - à savoir le nombre de personnes qui en sont atteintes pendant une période donnée. Elle est d'env. 1,0 à 1,5%. Le faible nombre de nouvelles maladies et les chiffres relativement élevés de prévalence indiquent que cette maladie, qui débute chez le jeune adulte, a un risque élevé de chronicisation.

3) Différences entre les sexes

Les différences entre les sexes sont bien connues pour les troubles schizophréniques. Les mieux connues sont celles dans l'âge de la première manifestation. Les femmes la déclenchent en moyenne 3 à 5 ans plus tard que les hommes, dont la moyenne d'âge lors de la pose du diagnostic est d'env. 25 ans. Les femmes présentent cependant un deuxième pic après 40 ans, probablement secondaire à la chute des oestrogènes à la ménopause, ces hormones étant supposées avoir un effet protecteur antipsychotique. Globalement les femmes ont une meilleure évolution que les hommes. Elles sont moins souvent/longtemps hospitalisées, leur adaptation sociale et leur situation existentielle sont globalement meilleures que celles des hommes. Du fait qu'elles débutent leur maladie plus tardivement les femmes ont un risque accru de perdre

leur situation professionnelle ou même leurs relations sociales. Alors que les schizophrènes hommes doivent se créer de nouveaux rôles, les femmes ont plutôt pour but de conserver le rôle qu'elles ont déjà atteint. Si ces femmes ont une famille, elles conservent généralement la garde de leurs enfants même pendant les phases aiguës de leur maladie.

4) Stress des proches

Le risque pour les proches va des pathologies physiques dues au stress à la stigmatisation par leur environnement, en passant par des troubles psychiques manifestes tels que dépressions, amputation de leur vie sociale, charges financières. Leur plus grand problème est que leur relation avec la personne malade change. Soutenir les proches des schizophrènes est une urgence au vu des changements dramatiques de nos systèmes de prise en charge psychosociale. Alors qu'auparavant les malades étaient traités et pris en charge pendant des années et décennies dans des hôpitaux de campagne, les patients ne sont actuellement plus hospitalisés que lors de crises. Ils passent la plus grande partie de leur existence hors de l'hôpital, dans leur environnement social familial. Le principal réseau dans lequel ils reviennent en raison de leur maladie est généralement leur famille. 60 à 70% des patients mêmes adultes vivent avec leur plus proche famille.

5) Coûts

La schizophrénie a la plupart du temps des répercussions financières considérables pour le patient lui même, mais aussi pour ses proches et la société. Les psychoses sont considérées comme la plus onéreuse des maladies psychiatriques dans les pays industrialisés, avec

des dépenses oscillant entre 1,5 et 2,5% des coûts globaux de la santé. Seules les démences et les pathologies associées à l'abus d'alcool occasionnent des coûts plus élevés dans le budget global. Les ressources financières consacrées aux schizophrènes varient énormément en Europe, de 1 à env. 12 dans une étude multinationale. Cette étude a montré qu'au niveau européen elles sont les plus importantes dans le canton de Zurich. Cette «explosion des coûts» est principalement imputable aux coûts extensifs des appartements et places de travail protégés, alors que le traitement médico-psychiatrique est nettement meilleur marché partout en Europe. Les coûts des médicaments jouent un rôle secondaire chez la plupart des schizophrènes, soit env. 2-3% des coûts globaux.

6) LES SYMPTÔMES

Les signes et les symptômes de la schizophrénie, très nombreux, sont variables selon les individus.

La schizophrénie peut apparaître à tout âge, même si les premiers signes s'observent le plus souvent à la fin de l'adolescence ou au début de l'âge adulte. Les hommes développeront plutôt des symptômes de schizophrénie à la fin de l'adolescence, jusqu'à l'âge de 20 ans. Les femmes, quant à elles, présenteront des troubles schizophréniques plus tardivement, entre 20 et 30 ans. Reconnaître ces symptômes peut s'avérer particulièrement difficile quand la maladie se développe pendant l'adolescence, les changements comportementaux liés à la schizophrénie étant souvent attribués à une crise d'adolescence passagère.

Les médecins classent les symptômes de la schizophrénie selon trois catégories.

✓ Les symptômes dits « **positifs** » : voir, entendre, sentir ou ressentir des choses qui n'existent pas. Ces symptômes regroupent

différentes idées délirantes comme des idées de persécution (le malade est convaincu qu'il est espionné, poursuivi), de télépathie, de référence (le malade se considère au centre de tous les événements), de mysticisme, de science-fiction ou de paranormal.

→ LES SYMPTÔMES « positifs »

TERME MÉDICAL	EXEMPLE DE RESSENTI PERSONNEL
<p>Hallucinations Entendre, voir, toucher, goûter ou sentir quelque chose qui n'existe pas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Entendre des voix (<u>hallucination</u> la plus commune). - Certaines personnes, surtout au début, peuvent trouver un certain réconfort dans ces voix, ne pas les trouver effrayantes. - D'autres peuvent au contraire entendre des voix qui leur disent des choses méchantes ou effrayantes, voire qui leur donnent des ordres.
<p>Délires Croire fermement en quelque chose qui ne peut être vrai.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Penser qu'on vous observe par la télévision. • Croire que vous êtes célèbre. • Croire que la télévision ou la radio vous envoie des signaux ou des messages. • Avoir des croyances religieuses étranges ou obsessionnelles.
<p>Pensées paranoïdes Suspicion extrême.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avoir l'impression que des gens complotent contre vous, essaient de vous faire du mal ou vous suivent. • Croire que des extraterrestres vous suivent. • Croire que vous avez été enlevé par des Martiens et emmené sur une autre planète.

✓ Les symptômes dits « **négatifs** » : perte de motivation et d'émotion, retrait social vis-à-vis des proches (famille et amis), modification des habitudes de sommeil, comportement asocial.

➔ LES SYMPTÔMES « négatifs »

TERME MÉDICAL	EXEMPLE DE RESSENTI PERSONNEL
Perte d'initiative	<ul style="list-style-type: none"> • Perdre tout intérêt en la vie. • Epuiser toute son énergie, éprouver des difficultés à mener à bien les tâches les plus élémentaires comme se lever ou nettoyer la maison.
Retrait social	<ul style="list-style-type: none"> • Se désintéresser de ses amis. • Préférer passer le plus clair de son temps seul, en ressentant un terrible sentiment d'isolement.
Manque de concentration	<ul style="list-style-type: none"> • Trouver difficile de lire un livre ou de regarder un programme télévisé en entier. • Trouver insurmontable de se souvenir ou d'apprendre de nouvelles choses, aussi insignifiantes soient-elles.

✓ Les symptômes **cognitifs** : pensée confuse, incapacité à se concentrer, à terminer une phrase ou un raisonnement.

→ LES SYMPTÔMES cognitifs

TERME MÉDICAL	EXEMPLE DE RESSENTI PERSONNEL
Troubles de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> • Se sentir confus voire déconcentré.
Pauvreté du langage et de la pensée	<ul style="list-style-type: none"> • Commencer à dire quelque chose puis, au milieu de la phrase, oublier ce que vous étiez en train de dire. • Incapacité à aller au bout de sa réflexion, d'un raisonnement.

7) LES SIGNES D'ALERTE

Changements d'humeur :

Sautes d'humeur, déprime, incapacité à pleurer ou crises de larmes, fous rires sans raison ou incapacité à rire.

Modifications sensorielles :

Hallucinations auditives, sensibilité inhabituelle au bruit ou à la lumière.

Changements d'activité :

Hyperactivité ou inertie extrême, sommeil excessif ou insomnie.

Modifications du comportement social :

Retrait social, abandon des activités habituelles, refus de sortir, indifférence devant la détérioration des relations, propos irrationnels ou inappropriés, mots bizarres ou déclarations insensées.

Modifications des relations familiales :

Disputes constantes, appels téléphoniques à des heures indues (en pleine nuit) ou au contraire rupture des contacts téléphoniques.

Changements observés à l'école ou au travail :

Problèmes de concentration, résultats scolaires en baisse.

Changements comportementaux :

Positions bizarres, regard fixe et prolongé, croyances religieuses extrêmes, consommation de drogues illicites.

Modifications de l'apparence :

Vêtements étranges, mauvaise hygiène corporelle.

8) Types de schizophrénie

Certains chercheurs considèrent que la schizophrénie est un trouble isolé ; d'autres considèrent que c'est un syndrome comprenant de nombreuses entités nosologiques sous-jacentes. Les sous-types classiques utilisés pour classer les patients dans des groupes plus uniformes comprennent le sous type Paranoïaque, désorganisé (hébéphrénique), catatonique et de type indifférencié.

La **schizophrénie paranoïaque** est caractérisée par une préoccupation concernant les idées délirantes ou les hallucinations auditives, sans prévalence de la désorganisation du discours ou des affects inappropriés.

La **schizophrénie désorganisée** est caractérisée par une désorganisation du discours et du comportement et des affects émoussés ou inadéquats. Dans la **schizophrénie catatonique**, les symptômes physiques tels que l'immobilité ou l'activité motrice

excessive et les postures bizarres sont prédominants. Dans la **schizophrénie indifférenciée**, les symptômes sont mixtes. Les patients atteints de schizophrénie paranoïaque ont tendance à présenter une invalidité moindre et à être plus sensibles aux tout disponibles.

La schizophrénie peut également être classée en fonction de la présence et de la gravité des symptômes négatifs, tels que l'émoussement affectif, le manque de motivation et la diminution du sens du but. Les patients présentant le **sous-type déficitaire** ont des symptômes négatifs prévalant non explicables par d'autres facteurs (p. ex. dépression, anxiété, environnement hypostimulant, effets secondaires des médicaments). Ces patients sont typiquement plus invalidés, ont un pronostic plus défavorable et sont plus résistants au tt par rapport à ceux de **sous-type non déficitaire**, qui peuvent avoir des idées délirantes, des hallucinations et des troubles de la pensée mais présentent relativement peu de symptômes négatifs. Parmi les patients isolés, le sous-type peut changer dans le temps, en général passant du type paranoïaque à celui désorganisé ou indifférencié ou du type non déficitaire à celui déficitaire.

9) Diagnostic

Il n'existe aucun test pathognomonique pour la schizophrénie. Le diagnostic est basé sur une évaluation globale de l'histoire de la maladie clinique, des symptômes et des signes. Les informations obtenues de sources auxiliaires telles que la famille, les amis et les enseignants, sont souvent importantes pour établir la chronologie du début de la maladie. Selon le *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, 4e édition (DSMIV)*, pour le diagnostic 2 ou plusieurs symptômes caractéristiques (idées délirantes, hallucinations, discours désorganisé, comportement désorganisé, symptômes négatifs) doivent être présents pendant la majeure partie d'un intervalle d'un mois, et des signes prodromiques ou atténués de la maladie avec des troubles sociaux, professionnels ou des soins de soi-même présents pour une période d'au moins 6 mois dont 1 mois de symptômes actifs.

Les troubles psychotiques dus à des troubles physiques ou associés à l'abus de substances et les troubles primaires de l'humeur avec des caractéristiques psychotiques doivent être exclus par l'intermédiaire de l'examen clinique et de l'histoire de la maladie. En outre, les anomalies de laboratoire peuvent exclure des troubles médicaux, neurologiques et endocriniens sous-jacents qui peuvent se présenter comme une psychose (p. ex. carences en vitamines, urémie, thyrotoxicose, déséquilibres électrolytiques).

Les anomalies structurelles cérébrales observables à l'IRM ou à la TDM sont constantes chez les patients atteints de schizophrénie en tant que groupe, mais elles ne sont pas suffisamment spécifiques pour avoir une valeur diagnostique chez les patients isolés. En général, les anomalies du lobe temporal médian et supérieur sont associées à des symptômes positifs ; les anomalies frontales corticales et ventriculaires, à des symptômes négatifs. Dans les études de la fonction de l'utilisation cérébrale régionale du glucose ou de l'oxygène, la diminution de l'activation dans le cortex préfrontal et dans les régions mésolimbiques est associée à des symptômes négatifs et à des dysfonctionnements cognitifs chez les patients atteints de schizophrénie.

10) Etiologie

La schizophrénie est une pathologie dont l'expression clinique est complexe et dont les facteurs étiologiques semblent multiples. Ils ont suscité de nombreuses hypothèses « étiopathogéniques » (établissant la relation entre une cause et le mécanisme de la maladie) mais aucune des voies de recherche ne s'est à ce jour avérée totalement satisfaisante, du moins quant à son exclusivité causale. L'intégration des différentes données issues de toutes les hypothèses étiopathogéniques permettant de rendre compte des phénomènes observés dans la schizophrénie au sein d'un modèle dit « intégratif », est une des voies de recherche actuellement les plus prometteuses. Les principales hypothèses sont présentées ci-dessous.

❖ Hypothèse génétique

Les sujets, dont un parent proche souffre de schizophrénie, ont une probabilité plus élevée de développer cette pathologie que les sujets ne présentant pas de membre de leur famille souffrant de schizophrénie. Ainsi le jumeau monozygote « vrai jumeau » d'un patient souffrant de schizophrénie a un risque allant jusqu'à 40 à 50% de développer lui aussi la maladie. Ceci souligne, l'importance du facteur génétique mais également le fait que, à patrimoine génétique identique, de nombreux autres facteurs puissent entrer en ligne de compte.

En fait, la schizophrénie ne peut pas apparaître comme une maladie de transmission génétique simple mais plutôt comme une maladie à la fois plurifactorielle (faisant intervenir des facteurs génétiques et aussi non génétiques) et polygénique (impliquant plusieurs gènes). La notion de maladie plurifactorielle et polygénique conduit à intégrer la notion d'une vulnérabilité, sous-tendue à la fois par les aspects génétiques mais également non génétiques (neuro-développementaux, environnementaux, sociaux et psychologiques). Certains sujets présenteraient une vulnérabilité pouvant s'exprimer dans un certain nombre de circonstances (notamment l'adolescence) mais également dans certains contextes d'environnement.

Différents travaux visent à développer des marqueurs de vulnérabilité soit chez les sujets atteints soit dans l'entourage familial. On parle ainsi d'endophénotypes qui sont des signes cliniques, neurochimiques ou électrophysiologiques associés à la maladie et témoins de troubles élémentaires du traitement de l'information. Ils sont stables dans le temps, ne sont pas induits par les thérapeutiques et peuvent être observés dans les familles patients atteints y compris chez les sujets non schizophrènes (ils n'en portent que vulnérabilité).

❖ Hypothèses neurobiochimiques

C'est à partir de la découverte, au début des années 60, du mécanisme d'action des neuroleptiques (qui ont été les premiers traitements

pharmacologiques ayant montré une efficacité chez les patients souffrant de schizophrénie) que l'hypothèse d'un hyperfonctionnement dopaminergique a été formulée.

Selon cette hypothèse, la symptomatologie schizophrénique serait liée à un excès de dopamine, à une stimulation excessive des récepteurs ou un fonctionnement excessif de certaines voies dopaminergiques dans le cerveau.

De nombreux autres systèmes de neurotransmission ont été aussi évoqués : système glutamatergique, système gabaergique, système sérotoninergique. Ces différents systèmes de neurotransmission interagissent entre eux et c'est une perturbation de l'équilibre de leur fonctionnement qui pourrait être responsable des troubles observés. Mais il reste difficile à ce jour de définir le primum movens de ce dysfonctionnement.

❖ Hypothèse neurodéveloppementale

Pour certains, l'apparition de la symptomatologie schizophrénique serait la conséquence d'une agression précoce vécue soit in utero (lors de la grossesse de la mère) soit durant la période périnatale par le patient. Cette agression serait responsable de perturbations dans la maturation du système nerveux central dont les conséquences pourraient être l'apparition au moment de l'adolescence (en particulier lors de certains remaniements dans la vie du sujet mais également de déséquilibres hormonaux) d'un dysfonctionnement du système nerveux central, responsable de l'apparition des signes cliniques de la schizophrénie.

Parmi les processus impliqués dans ces dysfonctionnements cérébraux, des altérations des connexions entre les neurones semblent fortement en cause.

❖ Hypothèses socio-environnementale et psychologique

Plusieurs études épidémiologiques ont mis en évidence l'implication de facteurs environnementaux et sociaux (en particulier la vie en milieu

urbain) dans l'augmentation du risque de survenue d'une pathologie schizophrénique chez des sujets vulnérables. Mais l'observation de la présence de la schizophrénie dans toutes les cultures et sous toutes les latitudes fait ombrage à l'émission d'une causalité socio-environnementale universelle.

De nombreux auteurs ont mis en évidence l'importance de certaines modalités d'interaction intrafamiliales comme facteur favorisant l'émergence d'une pathologie schizophrénique. Toutefois, il pourrait plus s'agir de facteur d'aggravation de la maladie que de facteurs de causalité étiopathogénique.

I I) le diagnostic différentiel

1) La crise d'adolescence

On observe une opposition, parfois un échec scolaire, des conduites marginales, un retrait social, une revendication idéologique.

2) Les psychoses infantiles fixées

Elles touchent le jeune enfant (retard mental sans évolution).

Les troubles sévères de la personnalité.

Peu dissocié.

Les bouffées délirantes aiguës.

Elles peuvent être isolées ou le début de la schizophrénie.

3) Les troubles névrotiques

Les troubles bipolaires avec idées délirantes.

Il existe des manies délirantes et des mélancolies délirantes.

4) Les délires non schizophréniques

Il y a des éléments qui montrent la différence.

- Pas de dissociation.
- Age de début plus tardif (environ 40 ans).

- Pas d'évolution déficitaire.

5) Les pathologies organiques

Elles peuvent simuler une schizophrénie :

- Tumeur au cerveau.
- Syphilis cérébrale.
- Thrombose cérébrale veineuse.
- Epilepsie.
- Toxiques (L.S.D., cannabis, amphétamines, etc.).

12) Evolution

Le risque de chronicité de la schizophrénie est élevé -mais ni le niveau ni la gravité de la chronicisation ne sont connus. Dans sa description originale Kraepelin avait présenté une image très négative de son évolution. Ses observations résultent du fait qu'il a surtout suivi un groupe de schizophrènes hospitalisés. Hegarty a identifié en 1994 plus de 800 études s'étant intéressées entre 1895 et 1992 à l'évolution de la schizophrénie. Il en a conclu qu'environ 40% des patients bénéficieront d'une amélioration au cours des années suivant le début de leur maladie. Ce calcul plutôt favorable repose sur des études datant des années 1950, alors qu'à partir des années 1980 une nouvelle tendance à une évolution moins favorable s'est dessinée dans plusieurs études. Ce qui est probablement un artéfact en rapport avec l'introduction de critères plus stricts dans l'ICD et le DSM, qui décrivent l'évolution du groupe central des personnes atteintes de schizophrénie. Avec certaines variations nous pouvons aujourd'hui encore suivre la règle des 3 tiers bien connue, valable pour de nombreuses maladies chroniques:

- Un tiers ne présente plus aucun symptôme après une première maladie.

- Un tiers est légèrement handicapé.
- Un tiers est gravement handicapé.

Un résultat bien documenté est celui des différences d'évolution entre pays en voie de développement et pays industrialisés. Alors que dans les premiers env. 2/3 des patients sont en rémission, il n'y en a plus qu'env. 1/3 en rémission complète dans les pays industrialisés.

Les explications en sont surtout les meilleurs réseaux sociaux dans les pays en voie de développement, de même que le profil d'exigences plus bas pour un développement professionnel. De telles interprétations sont toutefois spéculatives.

13) Mortalité

L'espérance de vie moyenne des schizophrènes est raccourcie d'env.10 ans. Par rapport à la population générale le risque de décès est multiplié par 5 pour les hommes et 2,5 pour les femmes. Ce risque accru est principalement le fait de suicides. Env. 30% des patients portant le diagnostic de schizophrénie ont fait au moins 1 tentative de suicide au cours de leur vie. Env. 10% meurent par suicide. Mentionnons également à cet égard que les schizophrènes ont aussi un risque accru de mourir de causes naturelles.

14) Traitements (trt)

Les patients schizophrènes manifestent habituellement des symptômes psychotiques pendant une période moyenne de 12-24 mois avant d'être pris en charge médicalement. L'intervalle de temps entre le début des symptômes psychotiques et le premier trt, défini « durée de la psychose non traitée », est corrélé à la rapidité de la réponse au trt initial, à la qualité de la réponse au trt et à la gravité des symptômes négatifs. En cas de trt précoce, la réponse au trt est plus rapide et

complète. En l'absence d'une prévention par des médicaments anti-psychotiques, 70-80% des patients qui ont eu un épisode de schizophrénie vont présenter un épisode ultérieur au cours des 12 mois suivants. Le trt continu de prévention par des médicaments anti-psychotiques peut réduire le taux de rechutes à 1 an jusqu'à environ 30 %. Les objectifs généraux du tout sont de réduire la gravité des symptômes psychotiques, de prévenir les réapparitions des épisodes symptomatiques et la détérioration fonctionnelle associée, et d'aider les patients à atteindre les plus hauts niveaux fonctionnels possibles. Les principaux composants du trt sont les médicaments anti-psychotiques, la récupération par les services de soutien dans la communauté et la psychothérapie.

Médicaments anti-psychotiques : les médicaments anti-psychotiques classiques (neuroleptiques) comprennent *la chlorpromazine, la fluphénazine, l'halopéridol, la loxapine, la mésoridazine, la molindone, la perphénazine, la pimozide, la thioridazine, le thiothixène et la trifluopérazine*.

Ces médicaments sont caractérisés par leurs affinités pour le récepteur de type 2 de la dopamine et peuvent être classés comme ayant une puissance élevée, intermédiaire ou basse. Les différents médicaments sont disponibles sous forme de pilules, de liquide, et de formulations IM à durée d'action brève et longue. Un médicament spécifique est choisi principalement en fonction de ses effets secondaires, de la voie d'administration requise et de la réponse antérieure du patient au médicament.

Deux médicaments anti-psychotiques conventionnels sont disponibles sous la forme de préparations dépôt à longue durée d'action (v. Tab. 193-1). Ces préparations sont utiles notamment pour exclure une non-observance pharmacologique occulte comme étant la cause des exacerbations de la symptomatologie et du manque de réponse au médicament. Ces formulations peuvent être utiles également pour les patients qui ne peuvent pas prendre de manière fiable des médicaments oraux quotidiennement.

Les médicaments anti-psychotiques classiques sont associés à des effets secondaires tels que la sédation, les dystonies et la rigidité musculaire, les tremblements, l'élévation des taux de prolactine et la prise de poids (pour le tt des effets secondaires v. Tab. 194-2). L'akathisie (agitation motrice) est particulièrement désagréable et est souvent associée au refus du médicament et à la non-observance du patient ambulatoire. Ces médicaments peuvent également provoquer la dyskinésie tardive, un trouble des mouvements involontaires caractérisé par la contraction accentuée des lèvres et de la langue et/

ou par des spasmes des bras ou des jambes. Chez les patients qui prennent des anti-psychotiques conventionnels, l'incidence de la dyskinésie tardive est d'environ 5 %/année d'exposition au médicament. Chez environ 2 % des patients, la dyskinésie tardive est gravement défigurante. A cause de ce risque, les patients qui reçoivent un tt d'entretien à long terme doivent être évalués au moins tous les 6 mois. Les instruments d'évaluation, tels que l'Echelle des mouvements involontaires anormaux (v. Tab. 193-3), peuvent être utilisés.

Le syndrome malin des neuroleptiques, un effet adverse rare mais potentiellement fatal, est caractérisé par rigidité, fièvre, labilité végétative et élévation de la créatine phosphokinase (v. aussi Urgences qui nécessitent une intervention pharmacologique plus importante au Ch. 194).

Environ 30 % des patients schizophrènes ne répondent pas aux médicaments anti-psychotiques classiques (patients résistants au trt). Ils peuvent répondre aux médicaments anti-psychotiques atypiques.

Les anti-psychotiques atypiques ont quelques-unes ou la majeure partie des propriétés suivantes : ils réduisent les symptômes positifs ; ils améliorent les symptômes négatifs de manière plus marquée que les anti-psychotiques conventionnels ; ils peuvent améliorer les déficits neurocognitifs ; ils ont une plus grande efficacité sur la schizophrénie résistante ; ils ont une plus faible probabilité de provoquer des effets secondaires extrapyramidaux (moteurs) ; ils ont un risque plus faible de provoquer une dyskinésie tardive ; et ils provoquent une augmentation faible ou nulle de la prolactine.

Les anti-psychotiques atypiques peuvent avoir une affinité sélective pour les régions cérébrales impliquées dans les symptômes schizophréniques et une affinité réduite pour les zones associées aux symptômes moteurs et à l'élévation de la prolactine. Ils influencent les autres systèmes de neurotransmetteurs, y compris la sérotonine, ou bien ont une affinité sélective pour certains sous-types de récepteurs spécifiques de la dopamine.

La clozapine, le premier anti-psychotique atypique apparu sur le marché aux USA, est efficace chez environ 50 % des patients résistants aux médicaments anti-psychotiques conventionnels. *La clozapine* réduit les symptômes négatifs, provoque peu ou pas d'effets aderses de type moteur et ne comporte aucun risque de dyskinésie tardive, mais elle produit d'autres effets secondaires tels que la sédation, l'hypotension, la tachycardie, la prise de poids et l'augmentation de la salivation. *La clozapine* peut également provoquer des convulsions par un mécanisme dépendant de la dose. *Le plus grave effet secondaire est l'agranulocytose qui peut se manifester chez 1 % des patients environ.* Par conséquent, la surveillance fréquente des GB est nécessaire, et *la clozapine* est généralement réservée aux patients qui ont répondu de manière inadéquate aux autres médicaments.

Les nouveaux médicaments anti-psychotiques (v. Tab. 193-4) disponibles actuellement ou dans le futur très proche sont *le rispéridone, l'olanzapine, la quétiapine, le sertindole et le ziprasidone.* Chez la majeure partie des schizophrènes, ces médicaments sont plus efficaces et ont moins d'effets secondaires que les anti-psychotiques conventionnels. Ils fournissent un grand nombre des bénéfices de *la clozapine* sans risque d'agranulocytose et ils sont généralement préférés aux anti-psychotiques conventionnels dans le tt des épisodes aigus et pour la prévention des récives. Les nouveaux antipsychotiques ont une efficacité semblable et se différencient principalement par les effets secondaires, ainsi le choix du médicament est basé sur la réponse du patient et sur la vulnérabilité aux effets secondaires spécifiques. Pour évaluer l'efficacité, une période de preuve de 4-8 semaines est habituellement nécessaire. La résolution rapide des symptômes est

l'objectif du tt aigu. Pour le tt d'entretien, on utilise la plus faible dose efficace dans la prévention des symptômes.

Rééducation et services de soutien commu-nautaires : les programmes de rééducation psychosociale et professionnelle aident de nombreux patients à travailler, à faire des courses, à prendre soin d'eux mêmes ; à gérer une maison ; à s'entendre avec les autres ; et à collaborer avec les professionnels de la santé mentale. Le travail assisté, dans lequel les patients sont placés dans une situation de travail compétitif et doté d'un tuteur sur place pour faciliter l'adaptation au travail, peut être particulièrement utile. Avec le temps, le tuteur n'agit qu'en tant qu'appui pour la résolution des problèmes ou la communication avec l'employeur.

Les services de soutien permettent à de nombreux schizophrènes de rester dans la collectivité. Les patients peuvent nécessiter des immeubles surveillés où un membre du personnel est présent pour assurer l'observance aux médicaments. Les programmes fournissent un niveau graduel de surveillance dans des structures résidentielles différentes, qui vont d'un soutien 24 h/24 à des visites domiciliaires périodiques. Ces programmes sont utiles pour promouvoir l'autonomie du patient tout en fournissant des soins suffisants pour minimiser la probabilité d'une récurrence et en diminuant les besoins d'hospitalisation. Les programmes communautaires intensifs fournissent des services au domicile du patient et sont basés sur un haut rapport entre le personnel et le patient ; les équipes de tt fournissent directement la totalité ou presque des services de tt nécessaires. L'hospitalisation ou la gestion des crises dans un milieu ambiant alternatif à celui hospitalier peut être nécessaire dans les rechutes graves, et l'hospitalisation peut être obligatoire si le patient constitue un danger pour lui-même ou pour les autres. Malgré l'amélioration des services communautaires de rééducation et de soutien, un petit pourcentage de patients, en particulier ceux présentant des déficits cognitifs graves et ceux résistant au tt pharmacologique, nécessitent une institutionnalisation à long terme ou d'autres types d'assistance de soutien.

Psychothérapie : l'objectif est de développer une relation de collaboration entre le patient, sa famille et le médecin afin que le patient puisse apprendre à comprendre et à gérer sa propre maladie, à prendre les médicaments selon la prescription et à gérer plus efficacement les stress. La qualité de la relation médecin patient est souvent le principal déterminant du résultat final du tt. Bien que la psychothérapie individuelle en association avec un tt pharmacologique soit une approche fréquente, peu de lignes directrices empiriques sont disponibles. Une psychothérapie commençant par la mise en évidence des besoins fondamentaux du patient par rapport aux services sociaux, qui fournit soutien et informations en ce qui concerne la nature de la maladie, qui favorise les activités adaptatives et qui repose sur l'empathie et sur une compréhension profonde et dynamique de la schizophrénie, est probablement la plus efficace. De nombreux patients ont besoin d'un soutien psychologique empathique pour s'adapter à une maladie chronique qui peut limiter de manière substantielle leur fonctionnement. Un programme de gestion individualisée du cas, mis en place pour s'assurer que les patients peuvent bénéficier de leurs droits fondamentaux, des services de soins et de solutions d'habitation sûres et à leur portée, est souvent indispensable pour la poursuite des autres objectifs thérapeutiques. Pour les patients qui vivent avec leurs familles, les interventions psycho-éducatives sur la famille peuvent réduire le taux de récurrences. Les groupes de soutien et de défense, tels que « Alliance for the Mentally Ill » (l'Alliance pour le Malade Mental), fournissent aux familles des informations sur le trt et des mesures de soutien et agissent également en tant qu'avocats.

III. LA QUALITE DE VIE

Les maladies chroniques touchent 15 millions de personnes atteintes plus ou moins sévèrement, Parmi elles, les plus sévèrement atteintes soit 7,5 millions de ces personnes, disposent d'une prise en charge en affection de longue durée. Avec l'allongement de la durée de vie, la plupart de ces maladies sont en augmentation constante. Elles

représentant un défi pour notre système de santé et notre société. Elles sont à l'origine de 60 % des décès dont la moitié survient avant l'âge de 70 ans. Leur évolution et leurs conséquences restent largement tributaires de l'accès des patients à une information et à une prise en charge adaptée.

De la schizophrénie, l'asthme infantile au diabète de l'adulte jeune, une maladie chronique, outre l'anxiété qu'elle génère, a presque toujours des conséquences en termes de qualité de vie : difficultés du suivi de la scolarité, d'une formation, risque de perte d'emploi par inadaptation au poste de travail, refus d'assurance ou d'emprunt, limitation de la pratique du sport et d'autres activités nécessaires à l'équilibre personnel.

Ce sont des pathologies qui vont évoluer plus ou moins rapidement pendant plusieurs mois au minimum, au rythme de complications plus ou moins graves, elles se traduisent dans nombre de cas par un risque d'invalidité, dans nombre de situations par un handicap temporaire ou définitif.

Pour l'essentiel, nos connaissances en matière de qualité de vie des patients atteints de maladies chroniques sont issues de travaux conduits par des équipes anglo-saxonnes. La qualité de vie est un concept étroitement lié au contexte culturel dans lequel les individus vivent, et n'est pas indépendante du système de soins dont bénéficie la population. Ainsi, les connaissances développées ne sont-elles pas toujours transposables au contexte français. Aussi convient-il d'encourager la mise en oeuvre de recherches en qualité de vie dans le champ spécifique des maladies chroniques.

Les programmes de recherche institutionnels, notamment à travers leurs appels à projets, ne ciblent pas suffisamment l'étude de la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques. Il s'agit de pallier cette insuffisance, notamment dans le cadre des programmes hospitaliers de recherche clinique. Les collaborations nationales et européennes doivent être encouragées. Des collaborations interdisciplinaires, notamment entre « épidémiologie », « sciences humaines » (psychologie de la santé, sociologie) et « économie de la santé » devront être développées. Les associations de patients sont à impliquer. Par ailleurs, la classification

internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé, qui tient compte des différents aspects du fonctionnement de l'individu, doit être adaptée au contexte de notre pays, afin d'être utilisée en recherche.

Le concept de qualité de vie est l'objet d'un intérêt croissant en psychiatrie. En témoigne la multiplication des échelles destinées à en évaluer la teneur, ainsi que des publications s'y référant. Le rationnel qui sous-tend cette démarche, même s'il paraît a priori complexe et difficilement saisissable, explique probablement l'attrait que le concept de qualité de vie a suscité. Si son origine n'est pas médicale, il a très vite envahi le champ de la santé, de la maladie mentale et de la psychiatrie.

Les tentatives de définition ont donné lieu à des débats souvent contradictoires, mais qui soulèvent des problèmes d'intérêt général, et parfois plus spécifiques. Les inflexions qui en animent le développement vont souvent de pair avec celles qui ont marqué celui de la psychométrie, la complexité de l'objet rendant ce dernier d'autant plus exaltant que le « challenge » qui consiste à vouloir quantifier une qualité confronte la psychométrie à ses limites. Ce challenge se pare d'une difficulté supplémentaire quand il se propose de mesurer la qualité d'une vie, celle du patient souffrant de schizophrénie qui, on le sait, confronte les approches simplement qualitatives de la psychiatrie traditionnelle à une autre limite, celle du compréhensible.

Tous ces enjeux apparaissent de taille puisque, opposant de façon frontale qualité et quantité, ils invitent à une réflexion sur l'interpénétration possible ou non des approches modernes et traditionnelles en psychiatrie.

Sans prétendre entrer dans le cœur du débat, cet ouvrage, au-delà de ses aspects didactiques, voudrait en dessiner les contours.

La connaissance des attentes et des images en matière de santé permet en effet aux pouvoirs publics d'agir sur ces dernières et éventuellement de les modifier.

En fait, dès la fin des années 1940, quelques auteurs s'étaient intéressés, au-delà de l'étude clinique des maladies, à leur impact potentiel sur la vie des patients. Ainsi dès 1948, Karnofsky avait élaboré

une échelle de performances pour évaluer l'état physique des patients cancéreux (Karnofsky et Burchnal, 1949). En 1963, Katz et Lyerly réalisaient un instrument qui permettait avant tout d'évaluer les - fonctions - et les handicaps dans le contexte de la vie quotidienne où la maladie n'était plus le facteur unique, mais devait être prise en compte, en fonction du vécu du patient (Martin, 2001).

Dans le domaine médical, ce sont surtout les pathologies cancéreuses et cardiovasculaires qui ont le plus bénéficié des premiers développements de la notion de qualité de vie et de la mise au point des instruments de mesure destinés à son évaluation. Le coût et le retentissement social de ces pathologies expliquent probablement cela.

L'application au domaine de la psychiatrie remonte en fait au début des années 1960, avec un essor important à partir des années 1980 et concerne précisément la schizophrénie avec les travaux pionniers de Lehman et a/. (1982,1983a, b). Ces travaux portaient en effet sur une population de près de trois cents patients chroniques dont plus de la moitié étaient des schizophrènes.

L'application au domaine de la psychiatrie remonte en fait au début des années 1960, avec un essor important à partir des années 1980 et concerne précisément la schizophrénie avec les travaux pionniers de Lehman et al. {1982,1983a, b). Ces travaux portaient en effet sur une population de près de trois cents patients chroniques dont plus de la moitié étaient des schizophrènes.

À l'aide d'une échelle de satisfaction-insatisfaction à sept degrés, l'auteur a exploré pour la première fois la satisfaction de ces patients dans les principaux domaines de la vie quotidienne que sont : les conditions de vie, les relations familiales, les relations sociales, les loisirs, le travail, les finances, la sécurité personnelle et la santé, évaluation allant de pair avec la mesure globale de la qualité de vie en général.

L'étude montre l'importance de l'insatisfaction ressentie par les patients schizophrènes dans le domaine social, notamment pour ce qui est de l'emploi, des finances, de la sécurité et des relations sociales.

La comparaison à la population générale permettra pour la première fois une identification plus précise des attentes des patients schizophrènes

en montrant l'importance accordée par eux à l'intimité, au soutien relationnel, au support professionnel ainsi qu'à la sécurité. De façon intéressante, l'étude montrait aussi que ces différences s'estompaient quelque peu, mises à part celles portant sur le domaine familial et relationnel, lorsque les patients étaient comparés aux sous-groupes les plus défavorisés de la population générale. En outre, l'évaluation de la qualité de vie s'avérait être, en grande partie, indépendante des conditions objectives d'existence, validant d'une certaine façon la possibilité et la spécificité de la mesure (Lehman, 1983a, b ; Pringey, 1998).

I) QUANTIFIER DES QUALITÉS

Le travail de Lehman montrait alors qu'il était désormais envisageable de réaliser une évaluation quantitative dans des domaines habituellement jugés périphériques ou secondaires dans le registre médical, mais d'une importance cruciale en psychiatrie.

Une autre conséquence de ces travaux était de rendre possible, du seul fait de la quantification, une évaluation de l'impact d'une mesure thérapeutique sur la qualité de vie.

Le développement de nouveaux psychotropes, en particulier dans les domaines des psychoses et de la schizophrénie, a pu justifier l'intérêt croissant qui s'est manifesté à l'égard de tels instruments de mesure dans les années qui ont suivi.

Très vite, de surcroît, les limites inhérentes à la réalisation des essais cliniques contrôlés sont apparues aux yeux des cliniciens dont la pratique ne permettait pas toujours de confirmer les résultats prometteurs de ces essais. Parmi ces limites, outre le type de patients recrutés, la durée du suivi, les conditions de réalisation de l'étude et la nature des instruments utilisés pour évaluer l'effet thérapeutique d'une substance ont été mises en cause.

Les échelles psychométriques classiques concernent essentiellement les symptômes de l'affection, en laissant de côté un certain nombre d'éléments qui, pour n'être qu'indirectement accessibles ou mis en

arrière-plan, n'en sont pas moins importants pour expliquer le caractère thérapeutique ou non d'un effet psychopharmacologique.

Ainsi, au concept d'efficacité censé rendre compte de l'effet sur des symptômes cibles est venu s'ajouter celui d'efficience pour répondre à la nécessité d'évaluer les facteurs indirects, mais non moins décisifs sur le plan thérapeutique, d'un médicament. Parmi ces facteurs, les capacités et les stratégies subjectives déployées par le patient pour mettre en œuvre le processus de guérison jouent très vraisemblablement un rôle essentiel.

Dans une certaine mesure, l'évaluation de la qualité de vie, et en particulier de la qualité de vie subjective, c'est-à-dire évaluée par le patient lui-même, constitue un élément non négligeable dans la tentative de vouloir juger de l'effet induit par une substance sur de tels facteurs (Azorin et al, 2002).

L'ensemble de ces éléments a probablement contribué à l'intérêt actuel pour la qualité de vie des patients souffrant de schizophrénie.

Points essentiels

- *La qualité de vie est un concept qui émerge au début des années 1960 aux États-Unis et en Europe dans le contexte social et culturel de l'époque, favorable à cette notion et à la mise au point des instruments de mesure destinés à son évaluation.*
- *La nécessité de gérer les coûts de santé a probablement aussi contribué au développement de ce concept.*
- *Dans le domaine de la psychiatrie, c'est à partir de 1980 qu'une échelle de satisfaction-insatisfaction à sept degrés est appliquée à la schizophrénie.*
- *En plus d'une évaluation quantitative, Il devenait possible d'évaluer l'impact d'une mesure thérapeutique sur la qualité de vie, et réciproquement de tels instruments de mesure jouent un rôle important sur le développement des psychotropes. Enfin, au concept d'efficacité est venu s'ajouter celui d'efficience.*

2) QUALIFIER LA VIE DU PATIENT SOUFFRANT DE SCHIZOPHRENIE.

DESCRIPTION SYMPTOMATIQUE

La qualité que la démarche se propose de quantifier est celle d'un objet qui peut paraître épistémologiquement flou : la vie. À en croire Foucault (1972), celle-ci constituerait même l'objet le plus étranger à la démarche clinique dont la mort pourrait être, à travers le modèle anatomo-clinique. la condition même de possibilité. En effet, le clinicien ne vise-t-il pas dans la traque des symptômes le ou les points par où la mort, la lésion, le déficit saisissent le vif ? Pour paradigmatique qu'il soit de la médecine somatique, un tel modèle de connaissance sémiologique n'en imprègne pas moins la démarche clinique en psychiatrie. Dans le cas de la schizophrénie, les symptômes dits négatifs ne sont-ils pas la marque d'un déficit des processus exécutifs, rendant lui-même possible la libération des symptômes positifs normalement contenus par le pouvoir inhibiteur de ces processus ?

N'est-il pas devenu commun de localiser les mécanismes sous-tendant les symptômes dits négatifs dans le cerveau pré-frontal, alors que les symptômes dits positifs seraient d'origine sous-corticale ?

La lecture des manifestations psychiatriques demeure, on le voit, largement dépendante du modèle anatomo-clinique, pour des raisons jugées d'ordre historique et épistémologique.

Les conséquences de l'usage prépondérant d'un tel type de modèle sont de conduire à la conclusion, à partir de la collection des symptômes, qu'il existe des maladies psychiatriques comme il existe des maladies somatiques, la réalité « éminemment partageable » du soma constituant leur lieu commun (Tatossian, 1979).

Le patient, dans cette démarche, se voit cependant réduit au rang de porteur de symptômes, dans la mesure où il en devient, comme de son corps qui les produit, l'unique propriétaire, voyant ainsi consacré son statut de malade.

Cette thèse réaliste a fait l'objet de critiques qui pour être épisodiques dans l'histoire de la psychiatrie, n'en sont pas moins régulières. Au-delà de leur bien-fondé humaniste, elles possèdent une légitimité scientifique du fait que, si la psychiatrie ne saurait être anencéphale, elle ne se limite pas pour autant à

une simple pathologie du cerveau, mais doit tenir compte de l'organisme et du milieu vivant au sein desquels celui-ci déroule ses processus.

APPROCHE PHÉNOMÉNOLOGIQUE

Dans l'histoire récente des sciences et des idées, l'approche phénoménologique est très probablement la première à avoir tenté de façon systématique la réalisation d'un tel projet. La référence au concept de vie est constante dans les philosophies qui s'en réclament, de façon directe chez Bergson, Scheler ou plus récemment Michel Henry et de manière plus indirecte chez Heidegger ou Sartre, à travers la notion d'existence.

Contrairement à une idée reçue qui ferait, à la suite de Husserl, de la conscience l'objet privilégié de la phénoménologie, (1990) Wiggins a montré que cette croyance descriptive de celui-ci par une position dite « ascriptive » qui consiste précisément à attendre de celui-là la possibilité d'un témoignage authentique.

De fait, la phénoménologie psychiatrique semble avoir pris au sérieux, voire à la lettre, le récit que les patients pouvaient faire de leur affection, sans tenter d'en réduire la teneur à l'interprétation sémiologique traditionnelle.

En témoignant de leur souffrance, certains d'entre eux éclairent de fait des horizons que l'expérience normale tient habituellement hors de portée. Le fait est exemplaire dans le domaine de la schizophrénie, car ce sont précisément les conditions de possibilité d'une telle expérience que les patients permettent d'étudier dans le détail. Leur témoignage met en lumière l'importance, inaperçue par nous, êtres sains de domaines tels que celui des évidences naturelles sur lesquelles la vie prend appui pour se dérouler dans le maintien de la normalité et permettre l'attribution du qualificatif de sains à ceux qui en sont partie prenante.

Les termes utilisés par la malade Anne de Blankenburg (1991), s'ils nous paraissent parfois maladroits, voire inappropriés d'un point de vue superficiel, témoignent en fait de l'effort quasi artistique effectué par elle pour tenter de caractériser la réalité de son expérience et le lien problématique qu'elle entretient avec l'accomplissement de la normalité. Si la méconnaissance épistémologique d'un tel point de vue a pu conduire à des mouvements tels que celui de l'anti-psychiatrie, il n'est pas surprenant de voir celui-ci avoir pu se réclamer de la phénoménologie, mais, à la vérité, dans une attitude plus polémique que réellement constructive.

Le mouvement actuel de la post-psychiatrie (Bracken et Thomas, 2001), forgé sur le modèle de l'adjectif post-moderne qui, on le sait depuis Lyotard (1979), s'applique à une certaine forme d'incrédulité à l'égard

des discours métanarratifs, reprend quelques-unes des positions de l'an; psychiatrie, mais sans pour autant les ériger en fers de lance contre la psychiatrie.

Ce mouvement privilégie plutôt le droit des usagers, qui leur permet de témoigner, mais aussi de participer aux décisions concernant leur place et leur statut ainsi que leur devenir au sein de la société.

Points essentiels

- *Dans la démarche qui vise à quantifier la qualité de vie, deux modèles s'opposent.*
- *Le modèle symptomatique, dans lequel le patient est réduit au rang de porteur de symptômes, amène à la conclusion qu'il existe des maladies psychiatriques comme il existe des maladies somatiques.*
- *L'approche phénoménologique est apparue comme une tentative pour qualifier au plus près la vie du sujet. La phénoménologie psychiatrique prend en compte le témoignage des patients sur leur affection, sans tenter d'en réduire la teneur à l'interprétation sémiologique traditionnelle.*
- *Le mouvement actuel de la « post-psychiatrie - privilégie le droit des patients non seulement à témoigner, mais aussi à participer aux décisions concernant leur place, leur statut et leur devenir dans la société.*

3) LE CONCEPT DE QUALITE DE VIE AUJOURD HUI

QUEL CONTEXTE ?

Les critères habituels sur lesquels repose l'évaluation d'une prise en charge médicale, c'est-à-dire l'efficacité clinique et la tolérance, ne sont plus suffisants aujourd'hui. Il est de plus en plus nécessaire de prendre en compte l'appréciation du patient sur le vécu de son traitement et de sa maladie (figure 1).

L'évaluation de l'impact de la prise en charge médicale et/ou sociale des individus sur leur qualité de vie est à l'heure actuelle considérée sans

équivoque, comme présentant un grand intérêt dans l'aide à la décision médicale.

Dans le contexte de l'évaluation thérapeutique et celui de la recherche en santé publique, l'intérêt pour le concept de qualité de vie remonte à un peu plus d'une vingtaine d'années, bien que la psychométrie ait été définie à la fin du xix- siècle.

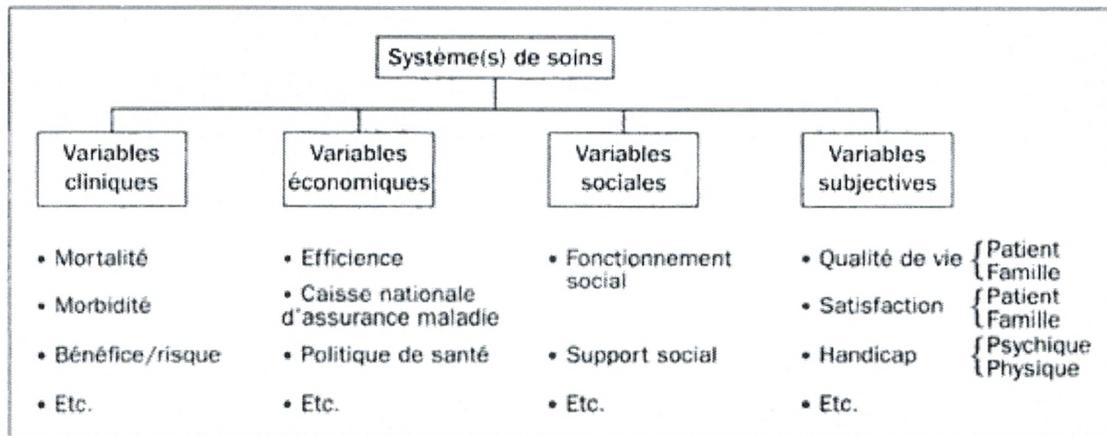


Figure 1. Évaluation des systèmes de soins.

Aussi, il faut bien admettre que les dimensions comportementales, psychologiques et sociales de la prise en charge des maladies demeurent encore mal connues.

Pourtant, parmi les dix causes de mortalité les plus importantes, près de huit sont principalement associées au comportement. Dans les études de recherche clinique, l'utilisation de la qualité de la vie comme un des critères de jugement semble de plus en plus relativement bien admise. De même, en santé publique, l'individu est pris en compte dans sa globalité, au lieu d'être limité aux seuls aspects somatique ou psychique.

Cependant, le concept de qualité de vie, même s'il paraît simple, parce que relativement banalisé par l'emploi si fréquent de ce terme, peut en fait s'avérer très ambigu, à tel point que l'on ne devrait pas parler de qualité de vie sans préciser, dans le même temps, quel sens est donné à ces termes.

Il est notamment important de distinguer clairement deux approches, l'une subjective et l'autre objective, étant donné que leur nature et par

là même leurs études sont pour certains auteurs essentiellement différentes.

De plus, une des difficultés actuelles serait de mettre en évidence une dynamique de recherche référentielle sur la qualité de vie, qui en fait n'existe pas ou du moins n'est pas consensuelle. Cela tient au fait que les recherches en la matière se sont développées à partir de problématiques assez éloignées

Les unes des autres et sous l'égide de disciplines différentes, comme l'ont déjà souligné il y a quelques années Mercier et Filion (1987). C'est ainsi que l'on va retrouver sous le même vocable de qualité de vie des>projets de recherche portant sur les conditions de vie (satisfaction de ces conditions), sur la santé {limites fonctionnelles et performances, réelles et perçues} et sur le bien-être psychologique (affects positifs et négatifs). On pourrait également rajouter la capacité à faire face des individus.

En revanche, les avis sur le rôle que devraient jouer les préférences, les perceptions de l'importance et les croyances individuelles dans l'évaluation de la qualité de vie sont plus partagés. Selon Jenkins (1992). Il y aurait lieu d'éviter de confondre les mesures subjectives, comme les attentes et les désirs individuels, et les indicateurs plus objectifs de la qualité de vie. Ce point de vue est cependant contesté par des théoriciens partisans d'une démarche plus subjective qui soutiennent que les systèmes de valeurs des individus sont inextricablement liés aux répercussions qu'a la maladie sur la perception qu'a le patient de sa qualité de vie.

Il est probable que le thème de la qualité de vie s'inscrit dans une ambition générale de décrire les modalités qui confèrent à toute vie humaine sa qualité, sinon de définir ce qui pourrait être considéré pour tout individu comme un idéal de vie par rapport auquel il se positionnerait à un moment de son existence.

Aborder l'évaluation de la qualité de vie nécessite d'utiliser des variables objectives facilement quantifiables et des données subjectives plus difficiles à recueillir, notamment du fait de leur spécificité individuelle, mais qu'il est nécessaire d'obtenir. D'où l'importance du choix des outils et de la définition précise des objectifs d'études.

Mais une telle visée psychosociologique, philosophique, voire métapsychologique, ne peut résumer l'intérêt du concept de qualité de vie pour le médecin : si un médecin, qu'il soit généraliste, psychiatre, cardiologue ou spécialiste en santé publique, s'intéresse à la qualité de vie, c'est bien parce que la médecine, au travers des actes médicaux, des dispositifs de soins, des examens de dépistage, des traitements.

Tout le monde connaît le terme de qualité de vie, sans pouvoir vraiment définir ce concept équivoque. La difficulté réside probablement dans le fait que la définition de la qualité de vie varie d'un individu à l'autre, voire d'une culture à l'autre.

Il en est de même pour le concept du bonheur : chacun sait ce dont il s'agit, mais personne n'est vraiment capable de le définir.

L'Organisation mondiale de la santé OMS 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 (figure 2). Le fait de mettre l'accent sur la culture est caractéristique de la démarche de l'OMS, qui vise à développer une mesure transculturelle, valable pour un grand nombre de pays, voire de façon universelle.

Tout le monde connaît le terme de qualité de vie, sans pouvoir vraiment définir ce concept équivoque. La difficulté réside probablement dans le fait que la définition de la qualité de vie varie d'un individu à l'autre, voire d'une culture à l'autre.

Il en est de même pour le concept du bonheur : chacun sait ce dont il s'agit, mais personne n'est vraiment capable de le définir.

L'Organisation mondiale de la santé OMS 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 (figure 2). Le fait de mettre l'accent sur la culture est caractéristique de la démarche de l'OMS, qui vise à développer une mesure transculturelle, valable pour un grand nombre de pays, voire de façon universelle.

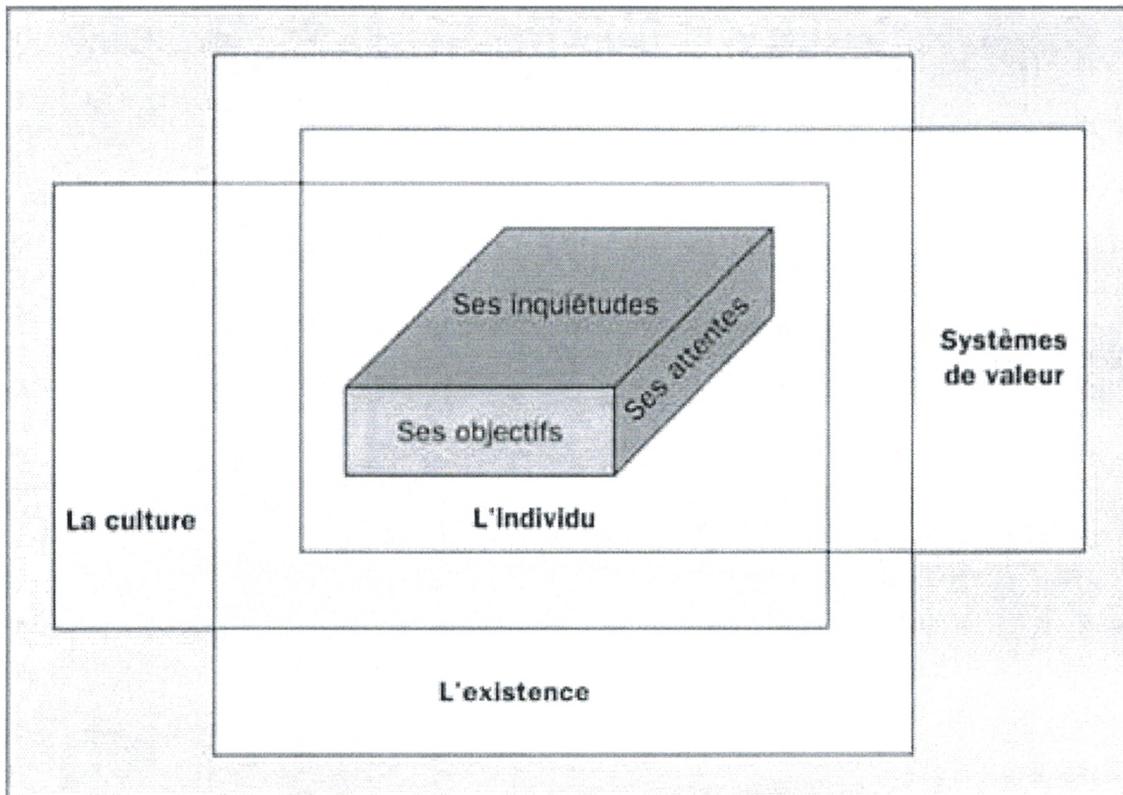


Figure 2. La qualité de vie inspirée de l'approche OMS, d'après Martin (2004).

D'autres auteurs définissent la qualité de vie comme la capacité à satisfaire les besoins perçus "needsbased model " par les individus (figure 3). Selon cette hypothèse avancée par Hunt et Mac Kenna (1993), chaque situation pathologique interfère de façon particulière avec la capacité des individus à satisfaire leurs besoins.

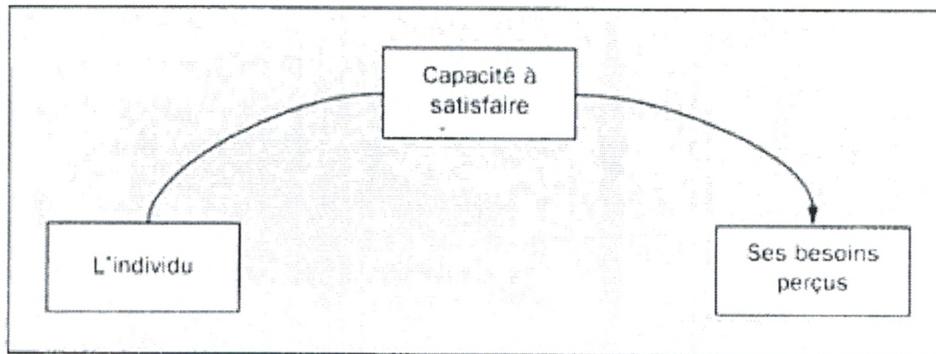


Figure 3. La qualité de vie selon Hunt et Mac Kenna (1993).

Si les besoins perçus sont satisfaits, la qualité de vie est augmentée ou n'est pas détériorée ; s'ils sont peu satisfaits, la qualité de vie est diminuée. L'élément majeur est alors de comprendre l'importance des besoins perçus par les patients, et non pas les besoins identifiés par les médecins et autres acteurs de santé, voire la famille.

La notion de satisfaction tient également une part importante dans la définition du concept de qualité de vie. La satisfaction est une des composantes qui est la plus chargée en éléments cognitifs qui correspondent à une comparaison par le sujet entre ce qu'il a ou ce qu'il est et divers standards, c'est-à-dire ce qu'il a connu par le passé, ce à quoi il aspire, les autres personnes qu'il connaît, etc.

Dans la notion de satisfaction, le sujet porte un jugement sur lui-même, par rapport à sa vie dans sa globalité ou sur ses conditions d'existence, c'est-à-dire sa satisfaction par rapport aux différents domaines de la vie.

Ce jugement couvre intrinsèquement une plus longue période de temps que ne le fait le rapport des expériences affectives, et intègre tout autant les conditions de vie matérielles que les valeurs personnelles, les attentes envers la vie, l'influence de l'expérience par la personnalité et les expériences affectives diverses.

Dans tous les cas, les mesures de qualité de vie se fondent sur les réponses des individus. Elles reposent sur les jugements que les sujets portent eux-

mêmes sur leur propre vie et leur état de santé. Ces derniers doivent exprimer quel est leur degré de satisfaction vis-à-vis de leur état de santé ou

Pour un stoïcien, bonheur rime avec volonté. Une mauvaise qualité de vie serait-elle seulement l'incapacité de la volonté ? La volonté est la puissance d'agir dans le bonheur du présent et dans ses difficultés. Une bonne interactivité avec l'environnement est indispensable au bonheur, donc aussi à une bonne qualité de vie. Dans un autre contexte, faut-il croire Freud quand il dit qu'il n'y a pas de bonheur sans deuil, pour contribuer à avoir une bonne qualité de vie ? La qualité de vie n'est sans doute que rêver sa vie, ou vivre ses rêves...

Enfin, on peut dire aussi que la qualité de vie, ce n'est pas que l'efficacité, ou la productivité.

À la différence de la qualité de vie générale, la qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects de la qualité de vie ou du fonctionnement qui sont tributaires de l'état de santé de la personne.

Selon la définition donnée par l'OMS, la santé est un « état global de bien-être physique, mental et social et non pas la simple absence de maladie ou d'infirmité »
(Mapper et Zembatu, 1986).

Figure 4

De plus, les répercussions de l'état de santé, notamment en ce qui concerne les pathologies mentales, sur la qualité de vie peuvent être à la fois d'ordre quantitatif et d'ordre qualitatif ou subjectif, ce qui vient compliquer davantage les choses (figure 5).

Les mesures de la qualité de vie liée à la santé visent à améliorer le bien-être et la satisfaction de la population vis-à-vis de leur prise en charge d'une manière globale, et plus précisément des traitements et du système de santé. Pour ce faire, elles quantifient les répercussions des pathologies et doivent fournir des informations contrôlées, reproductibles et fiables qui sont destinées à orienter la recherche et les soins. Munis de ces informations, les

décideurs devraient savoir plus précisément, s'ils tiennent compte de ces données, quelles conséquences peuvent avoir leurs décisions.

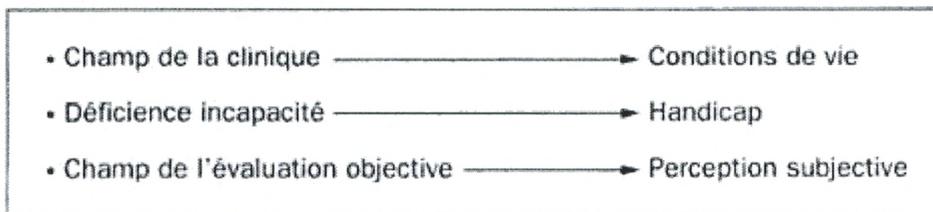


Figure 5. Évaluation de la qualité de vie.

Points essentiels

- *L'OMS 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 II vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. D'autres auteurs la définissent comme la capacité à satisfaire les besoins perçus par les individus ; d'autres encore revendiquent la satisfaction ou les conséquences, par exemple.*
- *La qualité de vie liée à la santé renvoie aux aspects des domaines de la qualité de vie qui peuvent être tributaires de la santé de la personne, la santé étant définie par l'OMS comme un - état global de bien-être physique, mental et social et non pas la simple absence de maladie ou d'infirmité*
- *L'évaluation de l'impact de la prise en charge médicale et/ou sociale des individus sur leur qualité de vie est sans conteste d'un grand intérêt dans l'aide à la décision médicale. Elle vise à améliorer le bien-être et la satisfaction de la population vis-à-vis de leur prise en charge d'une manière globale, et plus précisément des traitements et du système de santé.*
- *Deux approches, l'une subjective et l'autre objective, peuvent permettre de préciser le sens donné au terme "qualité de vie"*
- *Évaluer la qualité de vie nécessite l'utilisation de variables objectives facilement quantifiables et de données subjectives plus difficiles à recueillir. Le choix des outils et la définition précise des objectifs d'études sont donc essentiels.*

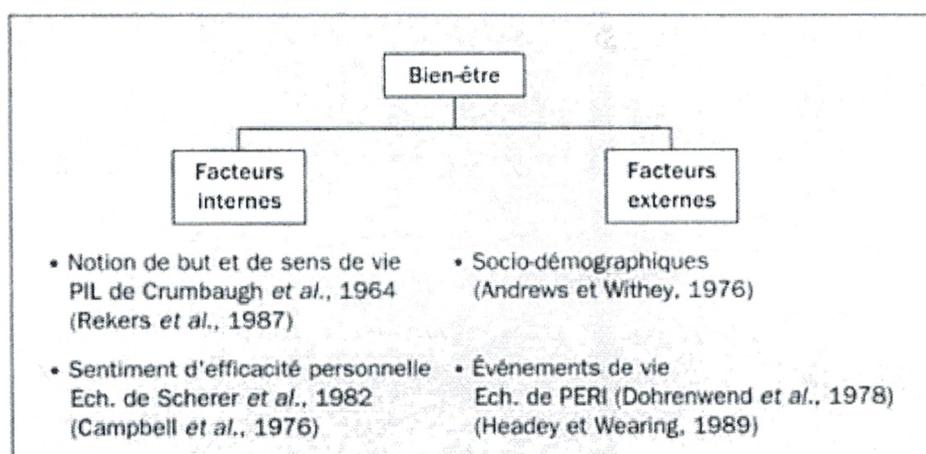
4) ÉVALUATION DE LA QUALITE DE VIE

QUI DOIT ÉVALUER LA QUALITÉ DE VIE?

✓ L'INDIVIDU LUI-MÊME

Il s'avère que c'est l'individu ou le patient qui est le mieux placé pour exprimer la perception qu'il a de sa qualité de vie. Il est le seul qui puisse parler pour lui. Il doit être le seul à éprouver la ou sa mauvaise qualité de vie, et il est aussi le seul à pouvoir apprécier une insatisfaction que personne ne peut dire à sa place (Addington-Hall et Kalra, 2001).

Il apparaît donc préférable de recourir à des auto-questionnaires plutôt qu'à des évaluations pratiquées exclusivement par des évaluateurs extérieurs (figure 6). Il s'agit là, en fait, d'un profond changement d'attitude de la part d'un investigateur médical, davantage habitué à faire des évaluations, en fonction de normes, de références ou du moins considérées comme telles.



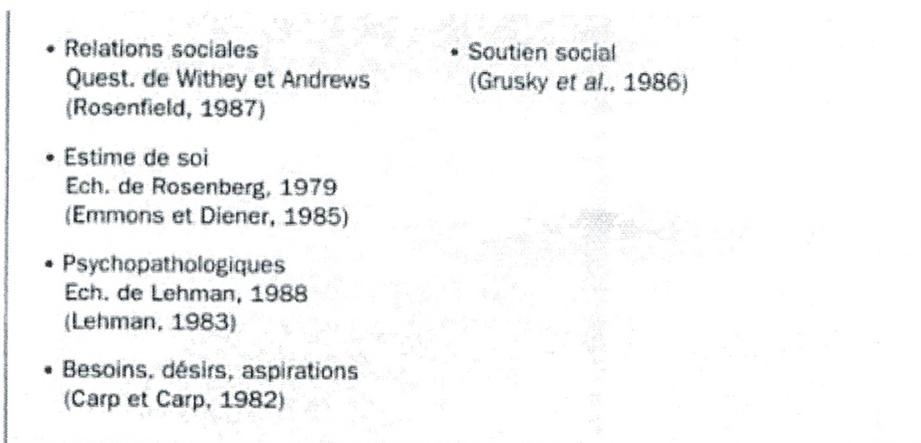


Figure 6. Facteurs internes et externes influençant le « bien-être » d'un individu.

Il arrive cependant que, dans des conditions précises, il soit plus avantageux de recueillir de l'information auprès des personnes qui connaissent le patient sur le plan personnel ou professionnel. C'est le cas, notamment, lorsque le sujet manque de lucidité ou de jugement et que l'expression de son vécu peut être trop altérée pour que cette source d'information soit suffisante et n'introduise pas de biais (Haneastad, 1990).

L'exemple type en est l'expression de la perception de la qualité de vie du sujet souffrant de schizophrénie ou du patient souffrant de la maladie d'Alzheimer. Il devient alors important de savoir qui est à même d'évaluer la qualité de vie du patient : le médecin ? La famille ? Un enquêteur ? Lui tout seul ?

La même interrogation peut également se poser pour l'évaluation de la qualité de vie de l'enfant, où il apparaît plusieurs problématiques, notamment celle liée à l'âge et celle de la pertinence des réponses au regard de la réalité. Pour certains, il doit toujours y avoir une double évaluation. Toutefois, des travaux ont montré que les réponses obtenues étaient souvent divergentes pour ne pas dire opposées. Mais que faire de deux réponses différentes à une seule et même question ?

Il ne nous apparaît donc pas aussi évident que cela que le ou les parents ou un autre évaluateur extérieur évaluent la qualité de vie de leur enfant, même en bas âge.

Bien que nous pensions difficile à l'heure actuelle de donner une réponse exacte, il semble qu'un consensus se dégage pour dire que, dans le cas du patient souffrant de schizophrénie, ce soit lui et une tierce personne qui

semblent les mieux placés pour évaluer sa qualité de vie (tableau I) (Martin, 1995. 2001).

Par ailleurs, lorsque quelqu'un doit remplir un questionnaire sur sa qualité de vie, la réflexion chez la personne sollicitée, dans le contexte particulier où sa santé est en jeu, peut révéler chez ce sujet différents problèmes qu'il serait nécessaire de prendre en compte, a fortiori si le patient souffre d'une pathologie mentale :

- ❖ le fait d'être questionné a un impact sur le regard que le sujet dirige vers lui-même : concernant sa valeur ou son humeur.

- ❖ il faut aussi tenir compte de l'impact du passage du vécu à l'écrit, du ressenti au verbalisé, qui constitue en lui-même une épreuve. En effet, savoir et pouvoir le faire ou non est déjà une indication significative sur la qualité de vie du sujet.

- ❖ la contrainte d'entrer dans un discours de l'autre sur soi, en cochant ou remplissant le questionnaire, permet-elle d'accéder à un discours de soi sur soi ?

- ❖ la communication entre parents et psychiatres, où souvent le langage utilisé est différent, voire opposé ;

- ❖ les droits et responsabilités de chacun ;

- ❖ les relations patients/parents ;

- ❖ la nécessité de savoir qui doit évaluer la qualité de vie de la famille (tableau I).

TABLEAU I. LE CONCEPT DE QUALITÉ DE VIE : QUI DOIT ÉVALUER ?

Qualité de vie	Individu	Entourage	Enquêteur
Le patient ou l'individu	X	?	X (?)*
L'enfant	X	X (?)**	?
L'entourage		X	?

* En fonction de certaines pathologies considérées telles que la schizophrénie.

** En fonction de l'âge ou de l'avis des parents, systématiquement ?

Au-delà de ces considérations, il nous apparaît important d'évaluer la qualité de vie de parents ou de proches, c'est-à-dire la ou les personnes qui s'occupent au quotidien du sujet malade, qui vivent notamment avec un patient souffrant de schizophrénie.

Des études ont été menées dans ce sens (Kuipers, 1991) et des questionnaires adaptés au statut de conjoint, dans ce cadre, existent également, créés sous l'impulsion de Lehman (1983a).

COMMENT ÉVALUER LA QUALITÉ DE VIE ?

✓ LE PROBLÈME DE LA RÉFÉRENCE À LA NORME

La définition même de la qualité de vie, notamment dans sa composante subjective, implique de se fonder sur les appréciations des sujets eux-mêmes, sans faire référence à une norme quelconque, que ce soit explicitement ou implicitement (figure 7). Ce dernier point est difficile à respecter en pratique, tant certaines de nos normes culturelles sont vécues comme des évidences. Ainsi en est-il par exemple de l'autonomie individuelle, souvent considérée comme une référence universelle, à valeur normative. En fait, pour certains patients, accéder à une vie concrète plus autonome s'accompagne d'une détérioration de leur qualité de vie. De même, prendre comme critère de qualité de la vie sociale dans son approche relationnelle le nombre de visites d'amis, par exemple, comme le font divers instruments d'évaluation de la qualité de vie, implique une référence à une norme suivant laquelle le nombre de visites d'amis refléterait directement la qualité de la vie relationnelle. Ce qui n'apparaît pas être pertinent dans une démarche d'évaluation de la qualité de vie. Est-ce que quelqu'un qui voit un petit nombre d'amis a une plus mauvaise qualité de vie que quelqu'un qui en voit un plus grand nombre ?

directement la qualité de la vie relationnelle. Ce qui n'apparaît pas être pertinent dans une démarche d'évaluation de la qualité de vie. Est-ce que quelqu'un qui voit un petit nombre d'amis a une plus mauvaise qualité de vie que quelqu'un qui en voit un plus grand nombre ?

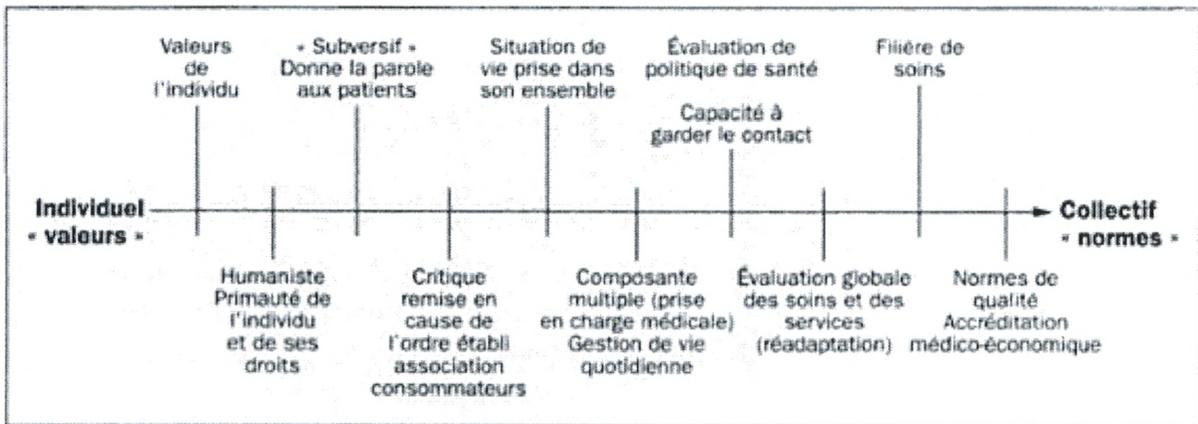


Figure 7. Concept de qualité de vie : référence aux normes et aux valeurs.

L'une des raisons pour refuser ou revoir la norme est sa prétention globalisante, uniformisante, nivelant les diversités individuelles, tandis que le concept de qualité de vie implique une approche singularisée, sans référence extérieure, plurifactorielle et multidimensionnelle.

Dans un souci de respect d'hétérogénéité des secteurs explorés, on ne doit pas additionner les données, ni les fondre en un modèle synthétique ; d'où le manque d'intérêt à rechercher un indice global composé à partir de coefficients appliqués à chaque item.

Néanmoins, en ce qui concerne l'évaluation des thérapeutiques en général, et par conséquent aussi dans le cas de la prise en charge de patients schizophrènes, seule compte l'évolution de la qualité de vie après traitement, par rapport à la même évolution sans traitement. Chaque sujet peut ainsi être utilisé comme son propre témoin, ce qui constitue une grande simplification méthodologique. Par ailleurs, cela distingue le concept de qualité de vie de celui de la maladie : la qualité de vie s'étudie à un niveau individuel sans référence à aucune norme, alors qu'une maladie désigne un état pathologique, anormal, de surcroît s'il est chronique.

manière générale, leur choix et celui des items qui les explorent reposent sur la littérature et sur l'expérience clinique générale (Bech, 1990). Ces items doivent toutefois non pas faire référence à une symptomatologie, mais aux conséquences exercées sur les différentes dimensions de la qualité de vie et

c'est là un point primordial qui n'est malheureusement pas toujours pris en compte. On peut y ajouter également toute la difficulté qu'il y a à formuler les items, pour ne pas tomber dans ce biais.

Ainsi, la mesure de la qualité de vie nécessite de prendre en compte au moins les trois dimensions principales de son concept : physique, psychologique et social (**figure 8**). Ces trois dimensions du vécu d'un sujet sont évaluées à l'aide d'items par des critères à la fois objectifs et subjectifs, pour que la qualité de vie ne soit pas uniquement réduite à la simple appréciation d'un degré de bien-être. Ces principaux critères peuvent être ainsi résumés : la vie fonctionnelle, la vie sociale, et la dimension émotionnelle.

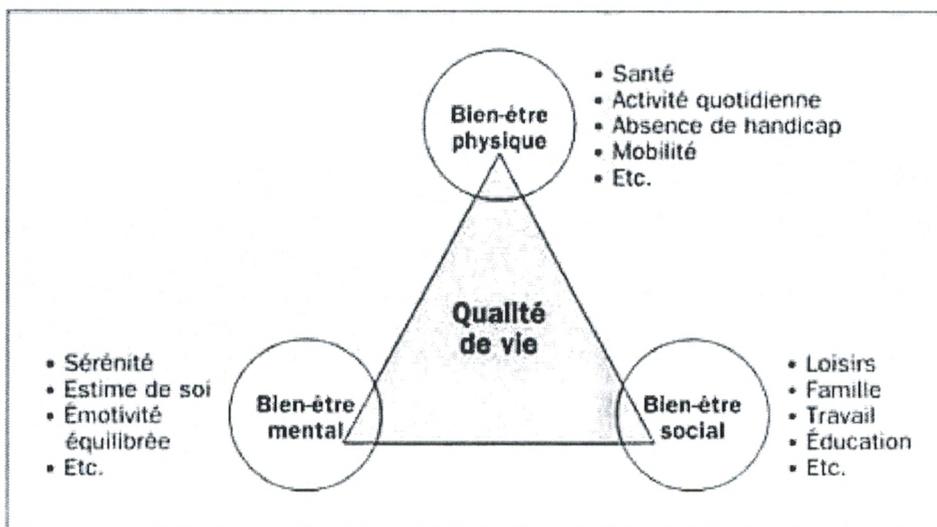


Figure 8. Le concept de qualité de vie.

✓ LA VIE FONCTIONNELLE

Les notions d'habiletés motrices, sensorielles, intellectuelles, sociales sont centrales dans cette acceptation de la qualité de vie. Ces capacités contribuent à assurer à la personne la maîtrise de son environnement, laquelle contribue de manière importante à sa qualité de vie, et explorent en fait le champ de la santé.

Suivant cette approche, la qualité de vie se mesure à partir d'échelles qui évaluent les performances physiques et occupationnelles, l'accomplissement des rôles, le bien-être émotif et les plaintes somatiques. C'est dans cette rubrique qu'entrent bon nombre d'items des échelles d'évaluation, avec des

dimensions comme la fatigabilité, le ralentissement, la difficulté à fixer l'attention, les troubles du sommeil ou de l'appétit, le plaisir, etc.

Il est possible aussi d'inclure dans la vie fonctionnelle, mais en débordant alors le cadre de la santé, les possibilités d'activités diverses professionnelles, quotidiennes, sociales, de loisirs ou de créativité. C'est une dimension primordiale et incontournable dans l'évaluation de la qualité de vie.

✓ LA VIE SOCIALE

Si elle paraît être essentielle dans l'évaluation de la qualité de vie - elle fait partie des trois dimensions principales requises -, elle n'est guère explorée par la plupart des échelles psychométriques. Elle a, en revanche, fait l'objet d'échelles spécifiques, d'ailleurs parfois abusivement appelées échelles de qualité de vie. Elle mérite d'être, ou devrait être, systématiquement explorée au niveau de divers cercles relationnels comme les proches, les amis, les gens en général, etc.

Souvent également, il faut la rapprocher, bien que différente et indépendante, de ce que Ton pourrait appeler « l'ouverture au monde extérieur », au-delà du cercle des relations proprement dites, comme, par exemple, l'intérêt pour la société, pour les activités de groupe. Il est possible également d'y inclure la relation à soi, au travers du regard sur soi, l'estime de soi, des sentiments d'échec ou de réussite, etc.

Son intérêt réside aussi dans le fait qu'au travers de certaines dimensions d'une échelle ou de ses sous-dimensions, il est possible d'évaluer la qualité de vie " sociale " vis-à-vis de la famille, des amis, au niveau professionnel, aussi bien dans un contexte de qualité ou de transparence des relations que de fréquence des contacts. C'est, par exemple, le cas du **Functional Status Questionnaire** ou échelle de retentissement fonctionnel et socio-affectif et pas celui de la SF36

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS SCHYZOPHRENES SUIVIS AU NIVEAU DU SERVICE DE PSYCHIATRIE CHU TLEMCEN (partie pratique):

1-Objectif :

Comparer la qualité de vie des patients atteints de schizophrénie suivis plus d'un an au niveau du service de psychiatrie CHU TLEMCEN selon :

Le sexe, l'âge, statut marital, activité professionnelle, formes cliniques, traitement actuel, nombre d'hospitalisation, affections somatiques, l'échelle PANSS

2-Matériels et méthodes :

2-1-Critères d'inclusions : nous avons inclus les patients atteints de schizophrénie confirmée et qui sont suivis dans le service de psychiatrie tlemcen depuis plus d'un an ...

2-2-Critères d'exclusions : nous avons exclus les formes suivantes :déficitaires, désorganisées et les pathologies neurologiques rendant le déroulement des questionnaires difficile..

2-3-Matériel utilisé : On a utilisé pour cette enquete :

2-3-1-Le questionnaire : il contient tous les informations civils des patients que ce soit l'age, sexe, adresse, statut maritale, activité professionnelle, traitement actuel, l'histoire des

troubles...avec la confirmation des troubles tout en s'aidant par le mini DSM et aussi contenant des échelles de quantifications.

2-3-2-Le mini DSM : C'est un questionnaire qui nous permet de confirmer la schizophrénie et de préciser son sous type.

Et aussi ce questionnaire contient des échelles.

2-3-2-L'échelle SQOL : C'est l'échelle de la quantification de la qualité de vie, c'est l'échelle le plus important dans notre étude, on l'a utilisé traduit en arabe.

2-2-4-L'échelle PANSS : La PANSS est une échelle à 30 items, cotés de 1 (absent) à 7 (extrême), qui évalue les symptômes psychopathologiques observés chez des patients présentant des états psychotiques, particulièrement la schizophrénie. Elle permet de calculer les scores de trois dimensions : symptômes positifs (7 items), symptômes négatifs (7 items) et psychopathologie générale (16 items). Outre cette cotation dimensionnelle, il est possible également d'évaluer le patient selon une typologie catégorielle (diagnostics de sous-types) qui permet ainsi de distinguer les formes positives, négatives et mixtes de la schizophrénie. Son utilisation est particulièrement indiquée pour déterminer un profil psychopathologique, rechercher les éléments pronostiques d'une évolution et évaluer l'efficacité de diverses stratégies thérapeutiques.

2-2-5-L'échelle de Markova : C'est l'échelle de la quantification de l'INSIGHT, utilisé traduit en arabe.



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille

Questionnaire de Qualité de Vie : S-QoL 18

Nous vous proposons de remplir ce questionnaire, qui a pour but de nous informer sur votre vie de tous les jours et votre santé. Nous souhaitons mieux connaître les conséquences de vos problèmes de santé dans votre vie quotidienne, afin d'améliorer votre prise en charge.

Les informations contenues dans ce questionnaire sont confidentielles.

Répondez à chaque question en cochant la case qui se rapproche le plus de ce que vous pensez ou ressentez actuellement. Certaines des questions posées peuvent toucher à votre vie privée. Elles sont nécessaires pour évaluer tous les aspects de votre santé. Cependant, si une question ne vous concerne pas, ou si vous ne souhaitez pas répondre à une question, passez à la suivante.

Si vous désirez nous communiquer des informations supplémentaires sur certains aspects de votre vie courante, vous pouvez le faire en fin de questionnaire.

EA 3279 Santé perçue - Evaluation systèmes de soins

Professeur Pascal Auquier, Docteur Laurent Boyer, Professeur Christophe Lançon

Faculté de Médecine de Marseille, Université de la Méditerranée

Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille

27 bd Jean Moulin, 13005 Marseille

Tel. 04 91 38 47 44

Email : pascal.auquier@univmed.fr; laurent.boyer@ap-hm.fr; christophe.lancon@ap-hm.fr

تعليمات: - كتابة الوقت بالتدقيقي في بداية ملء الاستبيان:

- ضع علامة x في كل سؤال في الحالة التي تترافق أكثر مع ما تشعر به حاليا

- في حالة عدم اهتمامك بسؤال معين ضع دائرة "0" حول رقم السؤال.

أقل كثيرا من ما أتمنا	أقل من ما أتمنا	أقل بعض الشيء من ما أتمنا	مثل ما أتمنا	أكثر من ما أتمنا	حاليا	
					لدي ثقة في الحياة	1
					أكافح من أجل النجاح في الحياة	2
					أقوم بمشاريع مهنية (و/أو) شخصية من أجل المستقبل	3
					أشعر بالراحة في ذهني	4
					أنا حر في اتخاذ القرارات	5
					أنا حر في التدخل (أو القيام بفعل ما)	6
					أقوم بجهود من أجل عملي	7
					أنا في حالة جسمية جيدة	8
					أنا نشيط و حيوي	9
					تقوم العائلة بمساعدتي	10
					تستمع لي عائلتي	11
					يساعدني أصدقائي المقربون	12
					لدي أصدقاء	13
					أنا راضى عن حياتي العاطفية	14
					أحتمق مشاريعي العائلية والعاطفية	15

أقل من المنتظر	مثل ما منتظر	أكثر بعض الشيء من المنتظر	كثيرا من المنتظر	أكثر بكثير من المنتظر	حاليا	
					لدي صعوبة في التركيز و التفكير	16
					أنا منقطع عن المجتمع الخارجي	17
					لدي صعوبة في التعبير عن مشاعري	18

- كتابة الوقت بالتدقيقي في نهاية ملء الاستبيان:

EVALUATION DE LA QUALITE DE VIE DES PATIENTS SCHIZOPHRENIE

Remplir l'heure exacte de début de remplissage du questionnaire : h mn

Cochez pour chaque question la case qui correspond le plus à ce que vous ressentez actuellement. Si vous n'êtes pas concerné(e) par une question, entourez le numéro de cette question.

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	... que souhaité				
1. j'ai confiance en la vie	<input type="checkbox"/>				
2. je me bats pour réussir dans la vie	<input type="checkbox"/>				
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	<input type="checkbox"/>				
4. je suis bien dans ma tête	<input type="checkbox"/>				
5. je suis libre de prendre des décisions	<input type="checkbox"/>				
6. je suis libre d'agir	<input type="checkbox"/>				
7. je fais des efforts pour travailler	<input type="checkbox"/>				
8. je suis en bonne forme physique	<input type="checkbox"/>				
9. je suis plein(e) d'énergie	<input type="checkbox"/>				
10. je suis aidé(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
11. je suis écouté(e) par ma famille	<input type="checkbox"/>				
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	<input type="checkbox"/>				
13. j'ai des amis	<input type="checkbox"/>				
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	<input type="checkbox"/>				
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	<input type="checkbox"/>				

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	... que prévu				
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	<input type="checkbox"/>				
17. je suis coupé(e) du monde extérieur	<input type="checkbox"/>				
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	<input type="checkbox"/>				

Remplir l'heure exacte de fin de remplissage du questionnaire : h mn

Commentaires

Merci de votre participation

SCORING

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Moins	Moins	Un peu moins	Autant	Plus
	... que souhaité				
1. j'ai confiance en la vie	1	2	3	4	5
2. je me bats pour réussir dans la vie	1	2	3	4	5
3. je fais des projets professionnels et/ou personnels pour l'avenir	1	2	3	4	5
4. je suis bien dans ma tête	1	2	3	4	5
5. je suis libre de prendre des décisions	1	2	3	4	5
6. je suis libre d'agir	1	2	3	4	5
7. je fais des efforts pour travailler	1	2	3	4	5
8. je suis en bonne forme physique	1	2	3	4	5
9. je suis plein(e) d'énergie	1	2	3	4	5
10. je suis aidé(e) par ma famille	1	2	3	4	5
11. je suis écouté(e) par ma famille	1	2	3	4	5
12. je suis aidé(e) par mes amis (proches)	1	2	3	4	5
13. j'ai des amis	1	2	3	4	5
14. j'ai une vie sentimentale satisfaisante	1	2	3	4	5
15. je réalise mes projets familiaux, sentimentaux	1	2	3	4	5

<i>Actuellement,...</i>	Beaucoup Plus	Plus	Un peu plus	Autant	Moins
	... que prévu				
16. j'ai des difficultés à me concentrer, à réfléchir	1	2	3	4	5
17. je suis coupé(e) du monde extérieur	1	2	3	4	5
18. j'ai du mal à exprimer ce que je ressens	1	2	3	4	5

```
IF (NVALID(q14,q15) >= 1) sqol_1 = 100 * ((2 * MEAN(q14,q15) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_1 "VIE SENTIMENTALE".  
EXECUTE .
```

```
IF (NVALID(q1,q4) >= 1) sqol_2 = 100 * ((2 * MEAN(q1,q4) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_2 "ESTIME DE SOI".  
EXECUTE .
```

```
IF (NVALID(q10,q11) >= 1) sqol_3 = 100 * ((2 * MEAN(q10,q11) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_3 "RELATION FAMILLE".  
EXECUTE .
```

```
IF (NVALID(q12,q13) >= 1) sqol_4 = 100 * ((2 * MEAN(q12,q13) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_4 "RELATION AMIS".  
EXECUTE .
```

```
IF (NVALID(q5,q6) >= 1) sqol_5 = 100 * ((2 * MEAN(q5,q6) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_5 "AUTONOMIE".  
EXECUTE .
```

```
IF (NVALID(q16, q17,q18) >= 1) sqol_6 = 100 * ((3 * MEAN(q16, q17,q18) - 3) / 12) .  
VARIABLE LABEL sqol_6 "BIEN ETRE PSYCHOLOGIQUE" .
```

```
IF (NVALID(q8, q9) >= 1) sqol_7 = 100 * ((2 * MEAN(q8, q9) - 2) / 8) .  
VARIABLE LABEL sqol_7 "BIEN ETRE PHYSIQUE" .
```

```
IF (NVALID(q2,q3, q7) >= 1) sqol_8 = 100 * ((3 * MEAN(q2,q3, q7) - 3) / 12) .  
VARIABLE LABEL sqol_8 "RESILIENCE" .
```

```
COMPUTE SQOL = (sqol_1 + sqol_2 + sqol_3 + sqol_4 + sqol_5 + sqol_6 + sqol_7 +  
sqol_8) / 8 .  
VARIABLE LABEL sqol_INDEX "Index S-Qol_18items" .  
EXECUTE .
```

Echelle MARKOVA

NON	OUI	يرجي وضع علامة (x) تشير إذا ما كنت تتفق مع أو لا تتفق مع العبارات التالية.
0	1	*1 أني أحس أنني مختلف عن العادة.
1	0	*2 أني أحس أنني في حالة جيدة.
0	1	*3 أني مريض.
0	1	*4 يبدو لي أن الناس من حولي مختلفون.
0	1	*5 أني لا أحس نفسي بخير أينما كنت.
1	0	*6 كل شيء يبدو لي غامضا.
1	0	*7 يمكن للجسد أن يمرض، لا العقل.
0	1	*8 أحاسيسي تجاه الآخرين تبدو مختلفة.
0	1	*9 أحس إنني غير مرتاح.
0	1	*10 عندي صعوبة في التفكير.
0	1	*11 الآن عندي مشاكل عصبية.
1	0	*12 كل شيء من حولي قد تغير.
0	1	*13 أفقد الاتصال مع نفسي.
0	1	*14 أجد صعوبة لأكون مرتاحا مع الأشخاص الذين أعرفهم.
0	1	*15 وقع لي شيء غريب .
0	1	*16 أريد أن أعرف لماذا أحس نفسي هكذا.
0	1	*17 أشعر أنني لا أستطيع أن أعيش بطريقة عادية.
0	1	*18 قد يحدث المرض العقلي لأشخاص من بين الناس.
0	1	*19 أشعر أن قدرة مراقبة تفكيري قد انخفضت.
1	0	*20 أنا لست مريضا، أنا تعب.
0	1	*21 أشعر أنني أفقد الصواب.
0	1	*22 أحس أنني أفقد الاتصال مع محيطي الاجتماعي.
1	0	*23 أجد الآن كل شيء جيدا وواضحا حسب ما كان عليه في الماضي
0	1	*24 أشعر أن أشياء غريبة تحدث من حولي.
0	1	*25 أعلم أن لدى أفكارا غريبة ولكن لا أستطيع أن افعل أي شيء.
0	1	*26 أشعر أن كل ما يجري من حولي مختلف.
0	1	*27 فقدت الأشياء معانيها .
1	0	*28 مشكلي الرئيسي هو صحتي الجسدية.
1	0	*29 أشعر أن وضعي الحالي ناتج عن حدوث شيء تم عمدا.
0	1	*30 أشعر إنني في حاجة إلي مساعدة.

Score total : | | | / 30

Dr BOUCIF HASSANE
19 RUE DES FRERES AYAD
13500 TLEMCEM ALGERIE
00213771642382

M.I.N.I.

Mini International Neuropsychiatric Interview

French Version 5.0.0

DSM-IV

Y. Lecrubier, E. Weiller, T. Hergueta, P. Amorim, L.I. Bonora, J.P. Lépine
Hôpital de la Salpêtrière - Paris - FRANCE.

D. Sheehan, J. Janavs, R. Baker, K.H. Sheehan, E. Knapp, M. Sheehan
University of South Florida - Tampa - USA.

© 1992, 1994, 1998 Sheehan DV & Lecrubier Y.

Tous droits réservés. Ce document ne doit être reproduit, tout ou partie, ou transmis, quelle que soit la forme, y compris les photocopies, ni stocké sur système informatique sans une autorisation écrite préalable des auteurs. Les chercheurs et les cliniciens travaillant dans des institutions publiques (comme les universités, les hôpitaux, les organismes gouvernementaux) peuvent faire de simples copies du M.I.N.I. afin de l'utiliser dans le cadre strict de leurs activités cliniques et de recherches

INSTRUCTIONS GENERALES

Le M.I.N.I. (DSM-IV) est un entretien diagnostique structuré, d'une durée de passation brève (moyenne 18,7 min. ± 11,6 min.; médiane 15 minutes), explorant de façon standardisée, les principaux Troubles psychiatriques de l'Axe I du DSM-IV (American Psychiatric Association, 1994). Le M.I.N.I. peut être utilisé par des cliniciens, après une courte formation. Les enquêteurs non-cliniciens, doivent recevoir une formation plus intensive.

• Entretien :

Afin de réduire le plus possible la durée de l'entretien, préparez le patient à ce cadre clinique inhabituel en lui indiquant que vous allez lui poser des questions précises sur ses problèmes psychologiques et que vous attendez de lui / d'elle des réponses en oui ou non.

• Présentation :

Le M.I.N.I. est divisé en **modules** identifiées par des lettres, chacune correspondant à une catégorie diagnostique.

- Au début de chacun des modules (à l'exception du module « Syndromes psychotiques »), une ou plusieurs **question(s) / filtre(s)** correspondant aux critères principaux du trouble sont présentées dans un cadre grisé.
- A la fin de chaque module, une ou plusieurs **boîtes diagnostiques** permet(tent) au clinicien d'indiquer si les critères diagnostiques sont atteints.

• Conventions :

Les phrases écrites en « lettres minuscules » doivent être lues "mot-à-mot" au patient de façon à standardiser l'exploration de chacun des critères diagnostiques.

Les phrases écrites en « MAJUSCULES » ne doivent pas être lues au patient. Ce sont des instructions auxquelles le clinicien doit se référer de façon à intégrer tout au long de l'entretien les algorithmes diagnostiques.

Les phrases écrites en « gras » indiquent la période de temps à explorer. Le clinicien est invité à les lire autant de fois que nécessaire au cours de l'exploration symptomatique et à ne prendre en compte que les symptômes ayant été présentés au cours de cette période.

Les phrases entre (parenthèses) sont des exemples cliniques décrivant le symptôme évalué. Elles peuvent être lues de manière à clarifier la question.

Lorsque des termes sont séparés par un *slash (/)*, le clinicien est invité à ne reprendre que celui correspondant au symptôme présenté par le patient et qui a été exploré précédemment (par ex. question A3).

Les réponses surmontées d'une flèche (→) indiquent que l'un des critères nécessaires à l'établissement du diagnostic exploré n'est pas atteint. Dans ce cas, le clinicien doit aller directement à la fin du module, entourer « NON » dans la ou les boîtes diagnostiques correspondantes et passer au module suivant.

• Instructions de cotation :

Toutes les questions posées doivent être cotées. La cotation se fait à droite de chacune des questions en entourant, soit OUI, soit NON en fonction de la réponse du patient.

Le clinicien doit s'être assuré que chacun des termes formulés dans la question ont bien été pris en compte par le sujet dans sa réponse (en particulier, les critères de durée, de fréquence, et les alternatives "et / ou").

Les symptômes imputables à une maladie physique, ou à la prise de médicaments, de drogue ou d'alcool ne doivent pas être cotés OUI. Le M.I.N.I. Plus qui est une version plus détaillée du M.I.N.I. explore ces différents aspects.

Si vous avez des questions ou des suggestions, si vous désirez être formé à l'utilisation du M.I.N.I. ou si vous voulez être informés des mises à jour, vous pouvez contacter :

Yves LECRUBIER / Thierry HERGUETA
Inserm U302
Hôpital de la Salpêtrière
47, boulevard de l'Hôpital
F. 75651 PARIS
FRANCE

tel : +33 (0) 1 42 16 16 59
fax : +33 (0) 1 45 85 28 00
e-mail : hergueta@ext.jussieu.fr

David SHEEHAN
University of South Florida
Institute for Research in Psychiatry
3515 East Fletcher Avenue
TAMPA, FL USA 33613-4788

ph : +1 813 974 4544
fax : +1 813 974 4575
e-mail : dsheehan@com1.med.usf.edu

L7 a Vous est-il déjà arrivé alors que vous étiez éveillé(e), d'avoir des visions ou de voir des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas voir ? COTER OUI SI CES VISIONS SONT CULTURELLEMENT INAPPROPRIÉES.	NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/>	13				
b Si OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input checked="" type="checkbox"/>	14				
<u>OBSERVATION DE L'INTERVIEWER :</u>						
L8 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN DISCOURS CLAIREMENT INCOHERENT OU DESORGANISE, OU UNE PERTE NETTE DES ASSOCIATIONS ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	15				
L9 b ACTUELLEMENT, LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN COMPORTEMENT NETTEMENT DESORGANISE OU CATATONIQUE ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	16				
L10b DES SYMPTOMES NEGATIFS TYPIQUEMENT SCHIZOPHRENIQUES (AFFECT ABRASE, PAUVRETE DU DISCOURS / ALOGIE, MANQUE D'ENERGIE OU D'INTERET POUR DEBUTER OU MENER A BIEN DES ACTIVITES / AVOLITION) SONT-ILS AU PREMIER PLAN AU COURS DE L'ENTRETIEN ?	NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	17				
L11 DE L1 A L10, Y A-T-IL AU MOINS	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</i></td> </tr> </table>		NON	OUI	<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</i>	
NON			OUI			
<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE ACTUEL</i>						
OU UNE QUESTION « b » COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « b » COTEES OUI (NON BIZARRE) ?						
L12 DE L1 A L7, Y A-T-IL AU MOINS	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</i></td> </tr> </table>		NON	OUI	<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</i>	
NON			OUI			
<i>SYNDROME PSYCHOTIQUE VIE ENTIERE</i>						
OU UNE QUESTION « a » COTEE OUI BIZARRE OU DEUX QUESTIONS « a » COTEES OUI (NON BIZARRE) ? (VERIFIER QUE LES 2 SYMPTOMES SONT SURVENUS EN MEME TEMPS) OU L11 EST-ELLE COTEE OUI ?						
L13a SI L11 EST COTEE OUI OU S'IL Y A AU MOINS UN OUI DE L1 A L7 :						
LE PATIENT PRESENTE-T-IL UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR (ACTUEL OU PASSE) OU UN EPISODE MANIAQUE (ACTUEL OU PASSE) ?	→ NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>					
b Si L13a EST COTEE OUI : Vous m'avez dit tout à l'heure avoir présenté une (des) période(s) où vous vous sentiez déprimé(e) / exalté(e) / particulièrement irritable. Les idées ou impressions dont nous venons de parler telles que (CITER LES SYMPTOMES COTES OUI DE L1 A L7) sont-elles survenues uniquement pendant cette (ces) période(s) où vous étiez déprimé(e) / exalté(e) / irritable ?		NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/>	1			
L13b EST-ELLE COTEE OUI ?	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>NON</td> <td>OUI</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><i>TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUE PSYCHOTIQUES ACTUEL</i></td> </tr> </table>		NON	OUI	<i>TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUE PSYCHOTIQUES ACTUEL</i>	
NON	OUI					
<i>TROUBLE DE L'HUMEUR AVEC CARACTERISTIQUE PSYCHOTIQUES ACTUEL</i>						

L. TROUBLES PSYCHOTIQUES

POUR TOUTES LES QUESTIONS DE CE MODULE, EN CAS DE REPONSE POSITIVE DEMANDER UN EXEMPLE.

NE COTER OUI QUE SI LES EXEMPLES MONTRENT CLAIREMENT UNE DISTORSION DE LA PENSEE ET / OU DE LA PERCEPTION OU S'ILS SONT CULTURELLEMENT INNAPPROPRIES.

AVANT DE COTER, EVALUER LE CARACTERE « BIZARRE » DES REPONSES.

IDEES DELIRANTES BIZARRES : LE CONTENU EST MANIFESTEMENT ABSURDE, INVRAISEMBLABLE, ET NE PEUT ETRE BASE SUR DES EXPERIENCES HABITUELLES DE LA VIE.

HALLUCINATIONS BIZARRES : VOIX QUI FONT DES COMMENTAIRES SUR LES PENSEES OU LES ACTES DU PATIENT OU PLUSIEURS VOIX QUI PARLENT ENTRE ELLES.

- A présent, je vais vous poser des questions sur des expériences un peu inhabituelles ou bizarres qui peuvent survenir chez certaines personnes.
- | | | | BIZARRE | |
|------|--|--------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| L1 a | Avez-vous déjà eu l'impression que quelqu'un vous espionnait, ou complotait contre vous, ou bien encore que l'on essayait de vous faire du mal ? | <input checked="" type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 1 |
| b | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 2
→ L6a |
| L2 a | Avez-vous déjà eu l'impression que l'on pouvait lire ou entendre vos pensées ou que vous pouviez lire ou entendre les pensées des autres ? | <input checked="" type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 3 |
| b | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | <input type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 4
→ L6a |
| L3 a | Avez-vous déjà cru que quelqu'un ou que quelque chose d'extérieur à vous introduisait dans votre tête des pensées étranges qui n'étaient pas les vôtres ou vous faisait agir d'une façon inhabituelle pour vous ? Avez-vous déjà eu l'impression d'être possédé ? | <input checked="" type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 5 |
| b | SI OUI : Actuellement, croyez-vous cela ? | NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 6
→ L6a |
| L4 a | Avez-vous déjà eu l'impression que l'on s'adressait directement à vous à travers la télévision ou la radio ou que certaines personnes que vous ne connaissiez pas personnellement s'intéressaient particulièrement à vous ? | <input checked="" type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 7 |
| b | SI OUI : Actuellement, avez-vous cette impression ? | NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 8
→ L6a |
| L5 a | Avez-vous déjà eu des idées que vos proches considéraient comme étranges ou hors de la réalité, et qu'ils ne partageaient pas avec vous ?
NE COTER OUI QUE SI LE PATIENT PRESENTE CLAIREMENT DES IDEES DELIRANTES HYPOCHONDRIQUES OU DE POSSESSION, DE CULPABILITE, DE RUINE, DE GRANDEUR OU D'AUTRES NON EXPLOREES PAR LES QUESTIONS L1 A L4 | <input checked="" type="radio"/> NON | OUI | OUI 9 |
| b | SI OUI : Actuellement, considèrent-ils vos idées comme étranges ? | NON | OUI | OUI 10 |
| L6 a | Vous est-il déjà arrivé d'entendre des choses que d'autres personnes ne pouvaient pas entendre, comme des voix ?
COTER OUI « BIZARRE » UNIQUEMENT SI LE PATIENT REPOND OUI A LA QUESTION :
Ces voix commentaient-elles vos pensées ou vos actes ou entendiez-vous deux ou plusieurs voix parler entre elles ? | <input checked="" type="radio"/> NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 11 |
| b | SI OUI : Cela vous est-il arrivé au cours du mois écoulé ? | NON | <input type="radio"/> OUI | OUI 12
→ L8b |

E. TROUBLE PANIQUE

E1	Avez-vous déjà eu à plusieurs reprises des crises ou des attaques durant lesquelles vous vous êtes senti(e) subitement très anxieux(se), très mal à l'aise ou effrayé(e) même dans des situations où la plupart des gens ne le seraient pas ? Ces crises atteignaient-elles leur paroxysme en moins de 10 minutes ? NE COTER OUI QUE SI LES ATTAQUES ATTEIGNENT LEUR PAROXYSMES EN MOINS DE 10 MINUTES	NON	OUI	1
Si E1 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E2	Certaines de ces crises, même il y a longtemps, ont-elles été imprévisibles, ou sont-elles survenues sans que rien ne les provoque ?	NON	OUI	2
Si E2 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E3	A la suite de l'une ou plusieurs de ces crises, avez-vous déjà eu une période d'au moins un mois durant laquelle vous redoutiez d'avoir d'autres crises ou étiez préoccupé(e) par leurs conséquences possibles ?	NON	OUI	3
Si E3 = NON, ENTOURER NON EN E5, ET PASSER DIRECTEMENT A F1				
E4	Au cours de la crise où vous vous êtes senti(e) le plus mal :			
a	Aviez-vous des palpitations ou votre cœur battait-il très fort ?	NON	OUI	4
b	Transpiriez-vous ou aviez-vous les mains moites ?	NON	OUI	5
c	Aviez-vous des tremblements ou des secousses musculaires ?	NON	OUI	6
d	Aviez-vous du mal à respirer ou l'impression d'étouffer ?	NON	OUI	7
e	Aviez-vous l'impression de suffoquer ou d'avoir une boule dans la gorge ?	NON	OUI	8
f	Ressentiez-vous une douleur ou une gêne au niveau du thorax ?	NON	OUI	9
g	Aviez-vous la nausée, une gêne au niveau de l'estomac ou une diarrhée soudaine ?	NON	OUI	10
h	Vous sentiez-vous étourdi(e), pris(e) de vertiges, ou sur le point de vous évanouir ?	NON	OUI	11
i	Aviez-vous l'impression que les choses qui vous entouraient étaient étranges ou irréelles ou vous sentiez-vous comme détaché(e) de tout ou d'une partie de votre corps ?	NON	OUI	12
j	Aviez-vous peur de perdre le contrôle ou de devenir fou (folle) ?	NON	OUI	13
k	Aviez-vous peur de mourir ?	NON	OUI	14
l	Aviez-vous des engourdissements ou des picotements ?	NON	OUI	15
m	Aviez-vous des bouffées de chaleur ou des frissons ?	NON	OUI	16
E5	Y A-T-IL AU MOINS 4 OUI EN E4 ? Si E5 = NON, PASSER A E7	NON	OUI	
<i>Trouble Panique Vie entière</i>				
E6	Au cours du mois écoulé, avez-vous eu de telles crises à plusieurs reprises (au moins 2 fois) en ayant constamment peur d'en avoir une autre ? Si E6 = OUI, PASSER A F1	NON	OUI	17
<i>Trouble Panique Actuel</i>				
E7	Y A-T-IL 1, 2 OU 3 OUI EN E4 ?	NON	OUI	18
<i>Attaques Paucisymptomatiques vie entière</i>				

F. AGORAPHOBIE

F1 Etes-vous anxieux(se) ou particulièrement mal à l'aise dans des endroits ou dans des situations dont il est difficile ou gênant de s'échapper ou bien où il serait difficile d'avoir une aide si vous paniquez, comme être dans une foule, dans une file d'attente (une queue), être loin de votre domicile ou seul à la maison, être sur un pont, dans les transports en commun ou en voiture ?

NON OUI 19

Si F1 = NON, ENTOURER NON EN F2

F2 Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou bien êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous les affrontez seul(e) ou bien encore essayez-vous d'être accompagné(e) lorsque vous devez les affronter ?

NON OUI 20

*Agoraphobie
Actuel*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE NON
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
sans Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E6 (TROUBLE PANIQUE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI
*TROUBLE PANIQUE
avec Agoraphobie
ACTUEL*

F2 (AGORAPHOBIE ACTUEL) EST-ELLE COTEE OUI
et
E5 (TROUBLE PANIQUE VIE ENTIERE) EST-ELLE COTEE NON ?

NON OUI
*AGORAPHOBIE
sans antécédents de
Trouble Panique
ACTUEL*

G. PHOBIE SOCIALE

G1	Au cours du mois écoulé, avez-vous redouté ou avez-vous été gêné d'être le centre de l'attention ou avez-vous eu peur d'être humilié(e) dans certaines situations sociales comme par exemple lorsque vous deviez prendre la parole devant un groupe de gens, manger avec des gens ou manger en public, ou bien encore écrire lorsque l'on vous regardait ?	→ NON	OUI	1
G2	Pensez-vous que cette peur est excessive ou déraisonnable ?	→ NON	OUI	2
G3	Redoutez-vous tellement ces situations qu'en pratique vous les évitez ou êtes-vous extrêmement mal à l'aise lorsque vous devez les affronter ?	→ NON	OUI	3
G4	Cette peur entraîne-t-elle chez vous une souffrance importante ou vous gêne-t-elle de manière significative dans votre travail ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	4

G4 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

*PHOBIE SOCIALE
ACTUEL*

O. ANXIETE GENERALISEE

O1 a Au cours des six derniers mois, vous êtes-vous senti(e), excessivement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), pour des problèmes de la vie de tous les jours, au travail/à l'école, à la maison, ou à propos de votre entourage, ou avez-vous eu l'impression de vous faire trop de souci à propos de tout et de rien ?

→
NON OUI

NE PAS COTER OUI SI L'ANXIETE SE RESUME A UN TYPE D'ANXIETE DEJA EXPLORÉ PRECEDEMMENT COMME LA PEUR D'AVOIR UNE ATTAQUE DE PANIQUE (TROUBLE PANIQUE), D'ETRE GENE EN PUBLIC (PHOBIE SOCIALE), D'ETRE CONTAMINE (TOC), DE PRENDRE DU POIDS (ANOREXIE MENTALE) ETC...

b Avez-vous ce type de préoccupations presque tous les jours ?

→
NON OUI

O2 Vous est-il difficile de contrôler ces préoccupations ou vous empêchent-elles de vous concentrer sur ce que vous avez à faire ?

→
NON OUI

DE O3a A O3f, COTER NON LES SYMPTOMES SURVENANT UNIQUEMENT DANS LE CADRE DES TROUBLES EXPLORÉS PRECEDEMMENT

O3 Au cours des six derniers mois lorsque vous vous sentiez particulièrement préoccupé(e), inquiet(e), anxieux(se), vous arrivait-il souvent:

a De vous sentir agité(e), tendu(e), les nerfs à fleur de peau ?

NON OUI

b D'avoir les muscles tendus ?

NON OUI

c De vous sentir fatigué(e), faible, ou facilement épuisé(e) ?

NON OUI

d D'avoir des difficultés à vous concentrer ou des passages à vide ?

NON OUI

e D'être particulièrement irritable ?

NON OUI

f D'avoir des problèmes de sommeil (difficultés d'endormissement, réveils au milieu de la nuit, réveils précoces ou dormir trop) ?

NON OUI

Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN O3 ?

NON	OUI
<i>ANXIETE GENERALISEE ACTUEL</i>	

H. TROUBLE OBSESSIONNEL COMPULSIF

H1 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent eu des pensées ou des pulsions déplaisantes, inappropriées ou angoissantes qui revenaient sans cesse alors que vous ne le souhaitiez pas, comme par exemple penser que vous étiez sale **ou** que vous aviez des microbes, **ou** que vous alliez frapper quelqu'un malgré vous, **ou** agir impulsivement **ou** bien encore étiez-vous envahi(e) par des obsessions à caractère sexuel, des doutes irréprouvés **ou** un besoin de mettre les choses dans un certain ordre ?

NON OUI 1

NE PAS PRENDRE EN COMPTE DES PREOCCUPATIONS EXCESSIVES CONCERNANT LES PROBLEMES DE LA VIE QUOTIDIENNE NI LES OBSESSIONS LIEES A UN TROUBLE DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE, A DES DEVIATIONS SEXUELLES, AU JEU PATHOLOGIQUE, OU A UN ABUS DE DROGUE OU D'ALCOOL PARCE QUE LE PATIENT PEUT EN TIRER UN CERTAIN PLAISIR ET VOULOIR Y RESISTER SEULEMENT A CAUSE DE LEURS CONSEQUENCES NEGATIVES

SI H1 = NON, PASSER A H4

H2 Avez-vous essayé, mais sans succès, de résister à certaines de ces idées, de les ignorer ou de vous en débarrasser ?

NON OUI 2

SI H2 = NON, PASSER A H4

H3 Pensez-vous que ces idées qui reviennent sans cesse sont le produit de vos propres pensées et qu'elles ne vous sont pas imposées de l'extérieur ?

NON OUI 3

H4 Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent éprouvé le besoin de faire certaines choses sans cesse, sans pouvoir vous en empêcher, comme vous laver les mains, compter, vérifier des choses, ranger, collectionner, ou accomplir des rituels religieux ?

NON OUI 4

H3 OU H4 SONT-ELLES COTEES OUI ?

→
NON OUI

H5 Pensez-vous que ces idées envahissantes et/ou ces comportements répétitifs sont déraisonnables, absurdes, ou hors de proportion ?

→
NON OUI 5

H6 Ces pensées ou ces pulsions envahissantes et/ou ces comportements répétitifs vous gênent-ils(elles) vraiment dans vos activités quotidiennes, votre travail, ou dans vos relations avec les autres, ou vous prennent-ils (elles) plus d'une heure par jour ?

NON OUI 6

H6 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

**TROUBLE
OBSESSIONNEL-
COMPULSIF
ACTUEL**

I. ETAT DE STRESS POST-TRAUMATIQUE (option)

I1	Avez-vous déjà vécu, ou été le témoin ou eu à faire face à un événement extrêmement traumatique, au cours duquel des personnes sont mortes ou vous-même et/ou d'autres personnes ont été menacées de mort ou ont été grièvement blessées ou ont été atteintes dans leur intégrité physique ? EX DE CONTEXTES TRAUMATIQUES : ACCIDENT GRAVE, AGRESSION, VIOL, ATTENTAT, PRISE D'OTAGES, KIDNAPPING, INCENDIE, DECOUVERTE DE CADAVRE, MORT SUBITE DANS L'ENTOURAGE, GUERRE, CATASTROPHE NATURELLE...	→ NON	OUI	1
I2	Au cours du mois écoulé, avez-vous souvent pensé de façon pénible à cet événement, en avez-vous rêvé, ou avez-vous eu fréquemment l'impression de le revivre ?	→ NON	OUI	2
I3	Au cours du mois écoulé :			
a	Avez-vous essayé de ne plus penser à cet événement ou avez-vous évité tout ce qui pouvait vous le rappeler ?	NON	OUI	3
b	Aviez-vous du mal à vous souvenir exactement de ce qu'il s'est passé ?	NON	OUI	4
c	Aviez-vous perdu l'intérêt pour les choses qui vous plaisaient auparavant ?	NON	OUI	5
d	Vous sentiez-vous détaché(e) de tout ou aviez-vous l'impression d'être devenu(e) un (une) étranger(ère) vis à vis des autres ?	NON	OUI	6
e	Aviez-vous des difficultés à ressentir les choses, comme si vous n'étiez plus capable d'aimer ?	NON	OUI	7
f	Aviez-vous l'impression que votre vie ne serait plus jamais la même, que vous n'envisageriez plus l'avenir de la même manière ?	NON	OUI	8
	Y A-T-IL AU MOINS 3 OUI EN I3 ?	→ NON	OUI	
I4	Au cours du mois écoulé :			
a	Aviez-vous des difficultés à dormir ?	NON	OUI	9
b	Etiez-vous particulièrement irritable, vous mettiez-vous facilement en colère ?	NON	OUI	10
c	Aviez-vous des difficultés à vous concentrer ?	NON	OUI	11
d	Etiez-vous nerveux(se), constamment sur vos gardes ?	NON	OUI	12
e	Un rien vous faisait-il sursauter ?	NON	OUI	13
	Y A-T-IL AU MOINS 2 OUI EN I4 ?	→ NON	OUI	
I5	Au cours du mois écoulé, ces problèmes vous ont-ils vraiment gêné dans votre travail, vos activités quotidiennes ou dans vos relations avec les autres ?	NON	OUI	14

I5 EST-ELLE COTEE OUI ?

NON OUI

ETAT DE STRESS
POST-TRAUMATIQUE
ACTUEL

3-Résultats et discussions :3-1-Qualité de vie en fonction de l'âge :

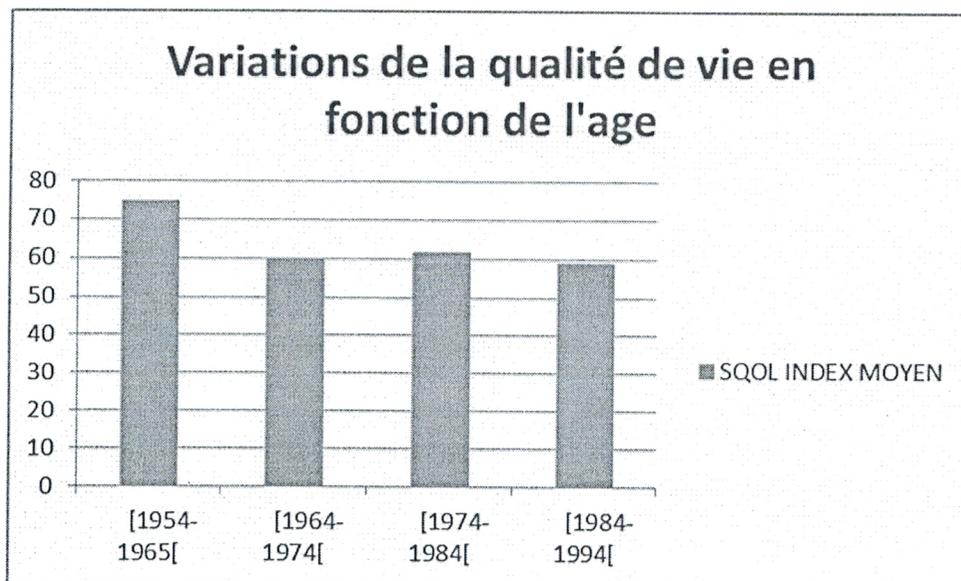
On note une prédominance des patients adultes nés entre 1974 et 1984 (28-38ans) :

[1954-1964[: 6% des patients étudiés (03 patients)

[1964-1974[: 22% des patients étudiés (11 patients)

[1974-1984[: 48% des patients étudiés (24 patients)

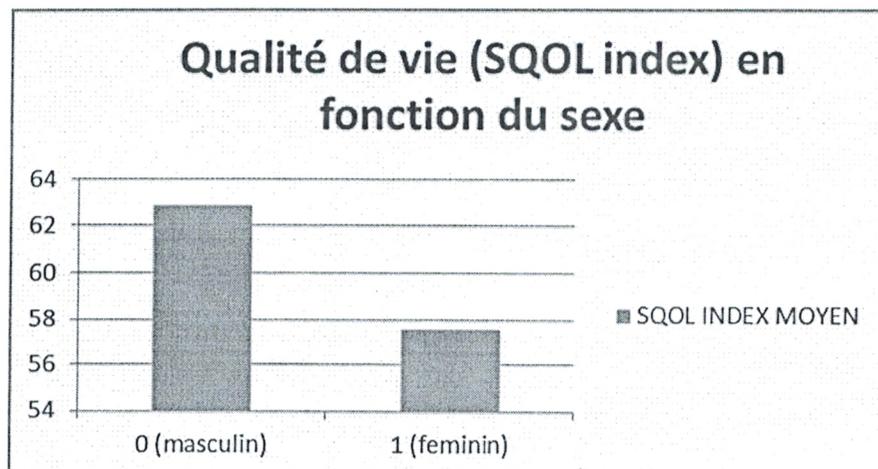
[1984-1994[: 24% des patients étudiés (12 patients)



La quantification de la qualité de vie chez les patients âgés est élevée par rapport aux sujets jeunes et adultes, la qualité de vie est meilleur chez les âgés alors qu'elle est diminuée chez les sujets jeunes, donc plus le patient est âgé plus la qualité de vie est meilleure.

3-2-Qualité de vie en fonction du sexe :

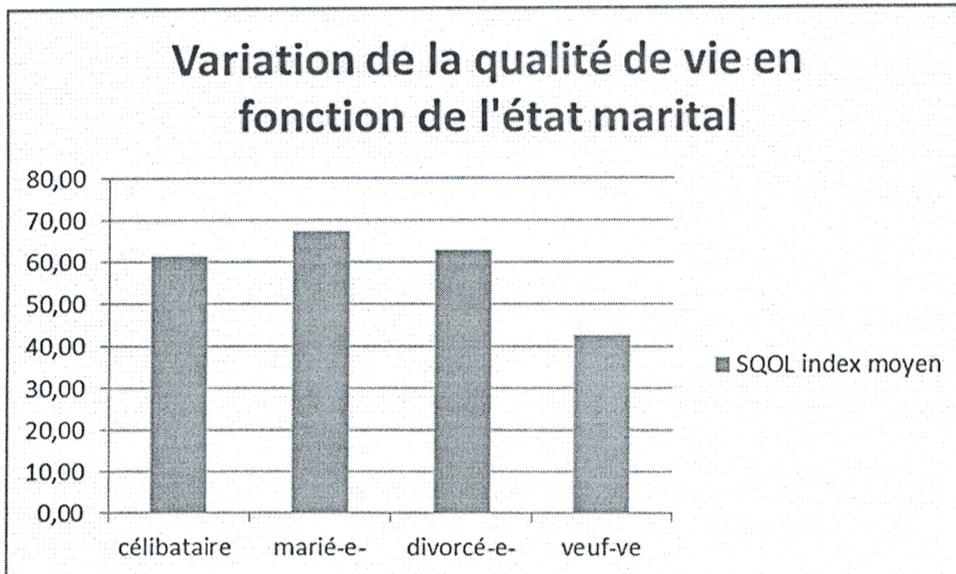
On note qu'il y a une prédominance du sexe masculin dans la consultation psychiatrique pour la schizophrénie 80% sexe masculin (40 patients) et 20% sexe féminin (10 patientes).



Et d'après les résultats on note que la quantification de la qualité de vie (SQOL) chez les hommes est plus élevée par rapport aux femmes donc la qualité de vie est meilleure chez les hommes que chez les femmes

3-3-Qualité de vie en fonction du statut marital :

On note que la majorité des patients schizophrènes sont célibataires par ce que leurs états de santé n'a pas leur permis de se marier, d'après notre étude on a : 70% célibataires (35 patients célibataires), 24% mariés (12 patients mariés), 6% divorcés-veufs (03 patients divorcés-veufs...)...

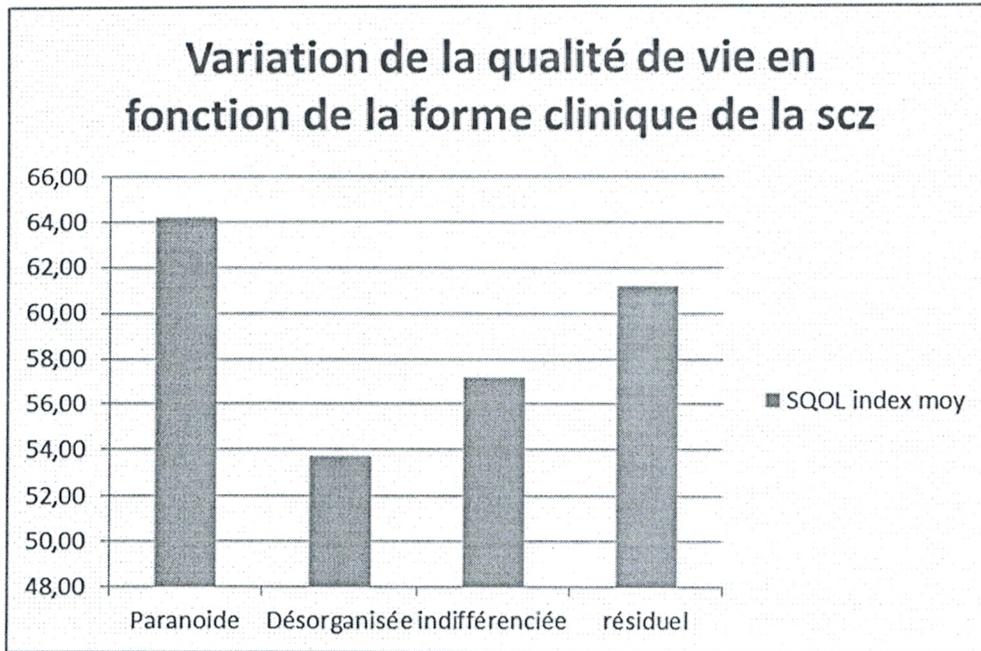


Par contre dans notre étude on a remarqué que le SQOL chez les patients mariés est élevé par rapport aux patients célibataires, divorcés ou veufs

Donc la qualité de vie est meilleure chez les patients mariés que chez les célibataires.

3-4-Qualité de vie en fonction de la forme clinique de la schizophrénie :

On a une prédominance nette de la schizophrénie dans sa forme **paranoïde** avec un pourcentage de **62% (31 patients)** suivie de la forme **indifférenciée** **24% (12 patients)** puis les autres formes qui sont rares(résiduel...)

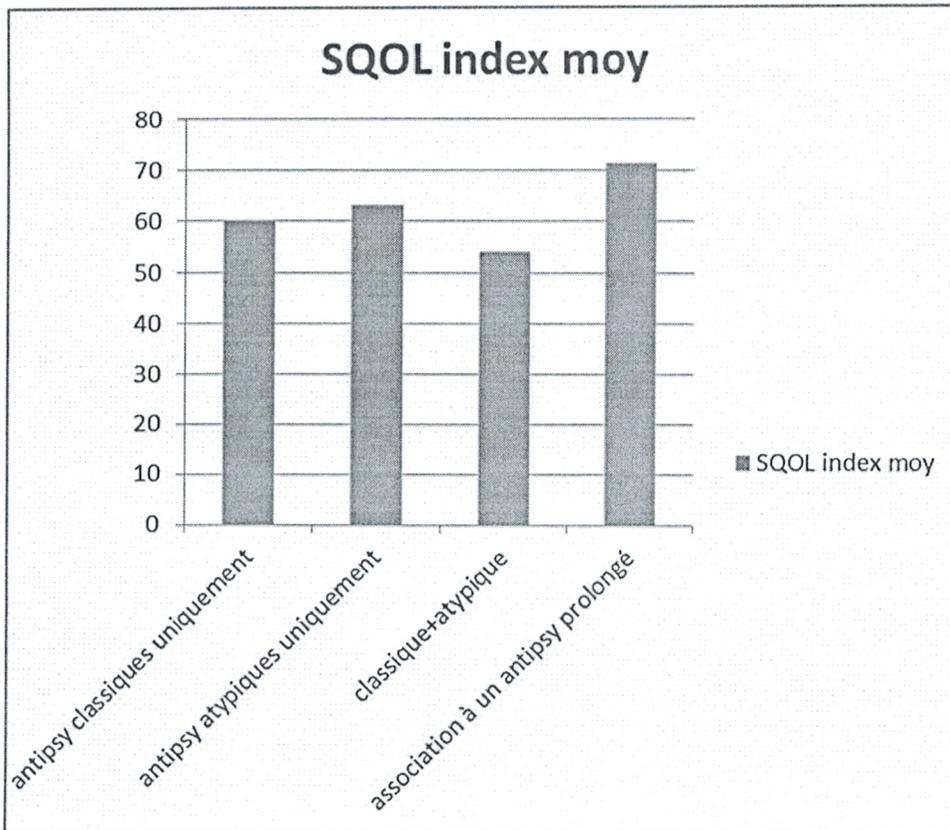


D'après les résultats de notre étude on note que l'échelle sqol index est en général élevée chez les schizophrènes paranoïdes, moyenne chez les schizophrènes résiduels et bas chez les autres types de schizophrénie.

Donc la qualité de vie est bonne chez les patients schizophrènes dans la forme paranoïde que dans les autres formes.

3-5-Qualité de vie en fonction du traitement actuel :

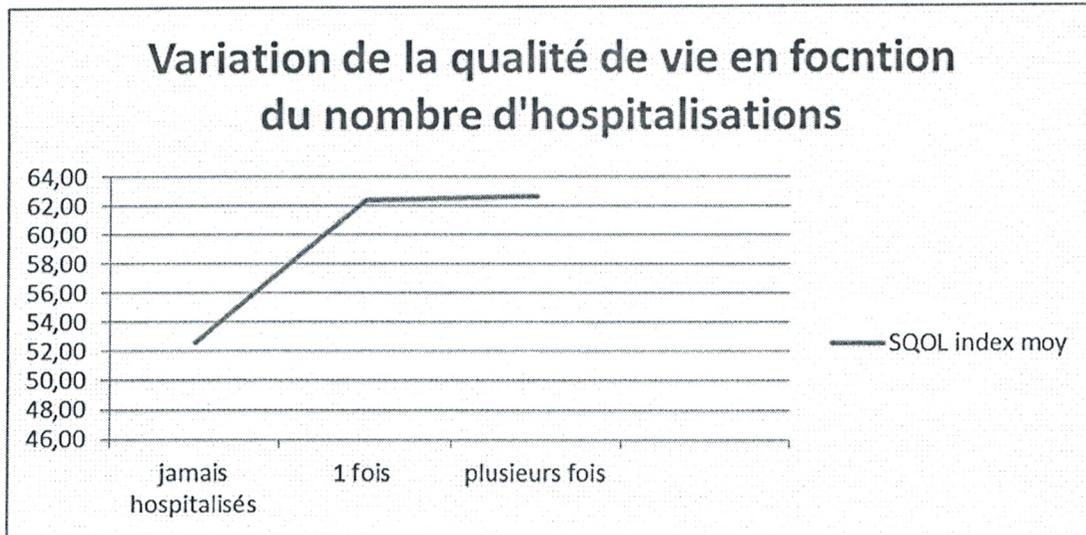
On note que la majorité des patients sont mis sous les antipsychotiques atypiques.



Selon notre étude on a remarqué que les patients traités par les antipsychotiques atypiques (olanzapine, amisulpiride, aripiprazole...) ont une qualité de vie **bonne** que ceux qui sont traités par les neuroleptiques classiques(halopéridol.....).

Mais on note aussi que l'association d'un antipsychotique que ce soit atypique ou classique avec un *antipsychotique à libération prolongée* (modécate, risperdal consta par exemple) améliore la qualité de vie des patients, alors la **qualité de vie est très bonne** chez les patients sous antipsychotique atypique associé à un antipsychotique à libération prolongée

3-6-Qualité de vie en fonction du nombre d'hospitalisation :



La schizophrénie en générale nécessite une hospitalisation dans une unité psychiatrique mais dans les formes légères on diffère l'hospitalisation et on met le patient sous traitement ambulatoire.

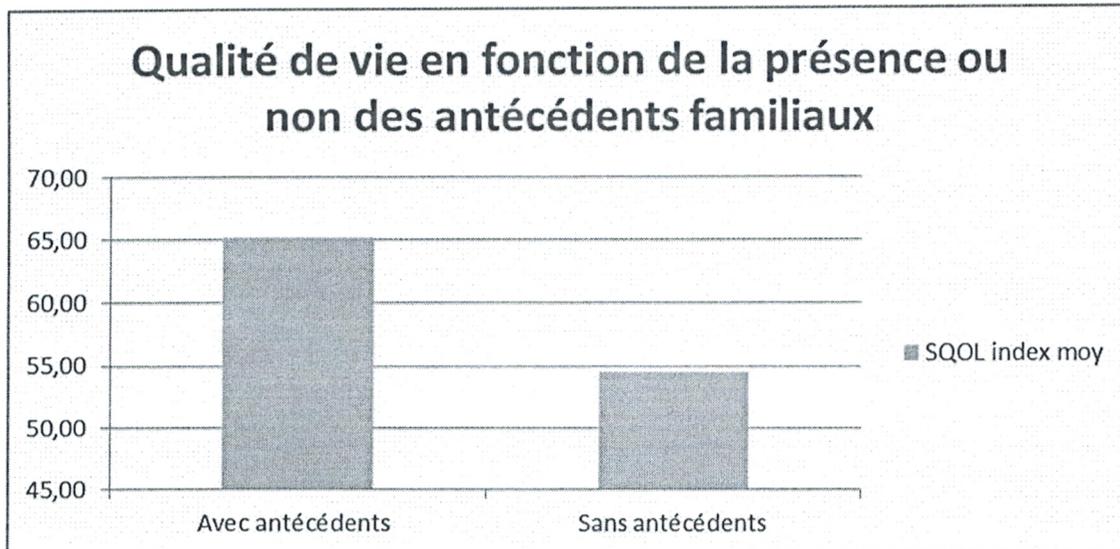
Dans notre étude on a remarqué que les patients qui ne sont jamais hospitalisés représentent **18% (09 patients)** de l'ensemble des patients étudiés.

Aussi au sein des patients hospitalisés on note que **48% (24 patients)** ont été hospitalisés une seule fois alors que le reste (**07 patients**) ont été hospitalisés 2 ou plusieurs fois.

Ce qui est important dans notre étude que selon les résultats on a : une courbe $sqol=f(\text{nombre d'hospitalisation})$ ascendante. Donc plus on a une augmentation du nombre d'hospitalisation plus la qualité de vie est bonne ; et pour cela qu'il est préférable d'hospitaliser les patients schizophrènes car il y a une prise en charge mieux qu'on ambulatoire.

3-7-Qualité de vie en fonction des antécédents familiaux:

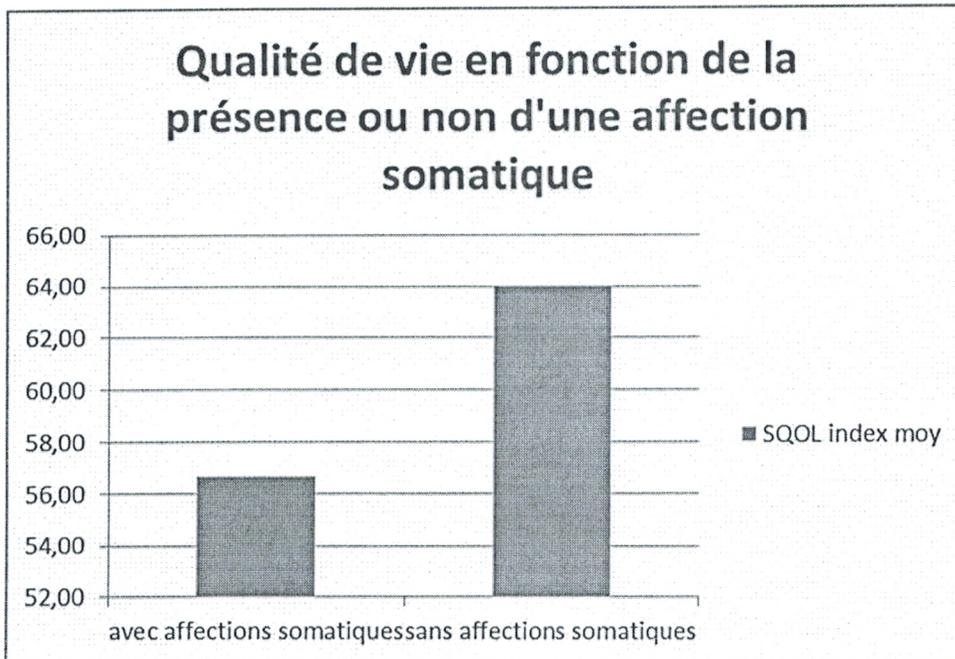
On note dans notre étude que **64% (32 patients)** des patients ont des antécédents familiaux médicaux ou chirurgicaux mais surtout les antécédents psychiatriques type schizophrénie.



D'après les résultats obtenus on remarque que **les patients qui ont des antécédents familiaux surtout psychiatriques ont une qualité de vie très bonne par rapport aux autres patients qui n'ont pas d'antécédents**. Et cela revient peut être a la bonne adaptation avec la famille puisqu'ils ont déjà plusieurs cas parmi eux.

3-8-Qualité de vie en fonction de la présence ou non d'une affection somatique antérieure ou actuelle :

On note que la grande partie des patients n'ont pas d'antécédents personnels et d'affections somatiques.



Selon les résultats on a conclu que chez les patients qui ont des antécédents personnels ou une affection somatique ont une qualité de vie très bonne qualité de vie que chez les autres qui n'ont pas d'affections somatiques et ça s'explique par la bonne connaissance de la maladie et de la bonne adaptation a une maladie quelconque.

3-9-Qualité de vie e fonction de la PANSS :

Les scores avec des sous-échelles positives et le PANSS total étaient considérablement négatifs avec les domaines de l'état Physique, Psychologiques et de relations sociales avec la SQOL totale. La sous-échelle négative avait une corrélation négative significative avec les domaines Physique, Psychologique et la SQOL totale. La sous-échelle générale avait une corrélation négative significative avec les sous-échelles de la SQOL.

En conclusion : D'après notre étude :

Les patients de sexes masculins nés entre 1954-1965, mariés, sans affections somatiques, avec antécédents familiaux de schizophrénie, hospitalisés plusieurs fois et qui sont sous antipsychotiques atypique surtout associé à un neuroleptique à action prolongée ont une très bonne qualité de vie cognitivo-comportementale.

Conclusions :

L'objectif principal de tout système de santé est bien d'améliorer la qualité de vie de la population et de ce fait, la pertinence et la validité des indicateurs traditionnels ont fait l'objet de nombreuses critiques au cours de ces dernières années. L'enjeu est d'essayer de réduire l'écart entre les aspirations d'un patient et son vécu, et ceci dépend largement de ses expériences passées, de son style de vie, de sa culture et de ses ambitions. Cet écart peut être réduit par la prise en charge d'une maladie ou par un ajustement approprié tics attentes du patient grâce à une information donnée sur son état et ses possibilités futures, ce qui ne va pas sans poser, des problèmes éthiques.

Les échelles d'incapacité mettent l'accent sur l'état fonctionnel. Les mesures d'état de santé et de qualité de vie ont justement reconnu le caractère multidimensionnelle de la santé mais le choix des dimensions et les valeurs qui leur sont affectées sont habituellement imposés au patient et ne relèvent pas d'une décision individuelle. En fait, une bonne mesure de qualité de vie liée à la santé devrait être capable de décrire de façon chiffrée les conséquences d'une affection sur les aspects de vie que le patient considère

La qualité de vie est définie de façon multidimensionnelle, comme un état de bien-être physique, mental, social, intégrant différents domaines tels que la santé, la famille, le travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres. Actuellement, la réintégration sociale et ainsi la qualité de vie apparaissent comme une préoccupation majeure dans la prise en charge des patients schizophrènes. Les déficits cognitifs associés à la schizophrénie ont des répercussions sur le fonctionnement psychosocial qui se trouve restreint et rendent difficile l'évaluation de leur qualité de vie. Ainsi,

on ne peut adopter cette démarche qu'en s'appuyant sur la partie saine du sujet.

L'apparition des neuroleptiques a constitué une « révolution » dans la psychiatrie. Dans ce contexte, l'avènement des nouveaux neuroleptiques atypiques semble constituer un espoir considérable d'amélioration de ce concept fondamental de la vie de tout un chacun. Dans l'optique d'une étude longitudinale, il paraît intéressant d'envisager d'effectuer une nouvelle évaluation à 6 mois ou 1 an pour objectiver le maintien ou non de la différence constatée voire son augmentation.

Ces résultats confirment et précisent les données de la littérature concernant la sévérité du handicap psychique dans la schizophrénie. Ce dernier intervient à plusieurs niveaux : au niveau du fonctionnement cognitif et affectif, au niveau du fonctionnement dans la communauté, et au niveau subjectif tel que le montrent les évaluations en vie quotidienne. Ainsi, les données obtenues en vie quotidienne placent la santé au premier rang des préoccupations les plus fréquentes. Elles mettent surtout en exergue l'insatisfaction majeure que représentent les relations interpersonnelles, qui apparaissent comme un domaine où les sujets expérimentent de manière particulièrement négative le handicap psychique, et ce de manière fréquente dans leur vie quotidienne. Cette étude souligne la complémentarité des mesures de fréquence et d'intensité pour investiguer le handicap psychique du point de vue subjectif et mieux cerner les difficultés dont les individus font réellement l'expérience au jour le jour.

Références recommandées

- Qualité de vie au travail et management participatif de Philippe Colombat et Collectif
- Qualité de Vie Risques et Santé au Travail de Pascale Desrumaux, Anne-Marie Vonthron et Sabine Pohl (28 décembre 2011)
- Rössler W, Salize HJ, van Os J, Riecher-Rössler A. Size of burden of schizophrenia and psychotic disorders. Eur Neuropsychopharmacol. 2005;15(4):399-409.
- McGrath JJ. Variations in the incidence of schizophrenia: data versus dogma. Schizophr Bull. 2006;32(1):195-7. Epub 2005 Aug 31.
- Van Os J, Linscott RJ, Myin-Germeys I, Delespaul P, Krabbendam L. A systematic review and meta-analysis of the psychosis continuum: evidence for a psychosis proneness-persistence-impairment model of psychotic disorder. Psychol Med. 2009;39(2):179-95. Epub 2008 Jul 8.
- Rössler W, Hengartner MP, Ajdacic-Gross V, Haker H, Gamma A, Angst J. Sub-clinical psychosis symptoms in young adults are risk factors for subsequent common mental disorders. Schizophrenia Research (2011), doi: 10.1016/j.schres.2011.06.019
- Hegarty JD, Baldessarini RJ, Tohen M, Waterman C, Oepen G. One hundred years of schizophrenia: a meta-analysis of the outcome literature. Am J Psychiatry. 1994;151(10):1409-16.
- Jaeger M, Rössler W. Enhancement of outpatient treatment adherence: patients' perceptions of coercion, fairness and effectiveness. Psychiatry Res. 2010;180(1):48-53. Epub 2010 May 21.
- Salize HJ, McCabe R, Bullenkamp J, Hansson L, Lauber C, Martinez-Leal R, et al. Cost of treatment of schizophrenia in six European countries. Schizophr Res. 2009;111(1-3):70-7. Epub 2009 Apr 28.