

Université A.MIRA-BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département sciences sociales

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option psychopathologie et psychosomatique

THEME

La sinistrose et la dépression chez le traumatisé crânien

Réalisé par :

M^{elle} CHAFI Cylia

M^{elle} HAMOUCHE Kahina

Encadré par :

Dr LAOUDJ Mabrouk

Année universitaire : 2017/2018

Remerciements

Avant tout je remercié ALLAH qui m'a donné la vie et la santé pour pouvoir réaliser ce mémoire.

Ces remerciements vont à mes parents qui m'ont soutenu et qui on était toujours à mes cotés dans les moments difficiles.

Je tiens à exprimer mes vifs remerciements à mon encadreur Dr LAOUDJ MABROUK d'avoir accepté l'encadrement de ce travail de recherche

Mes vifs remerciements vont également aux membres des jurys pour l'intérêt qu'ils ont porté à ma recherche en acceptant d'examiner mon travail et de l'enrichir par leurs propositions.

Enfin, je tiens également à remercier toutes les personnes qui ont participé de près ou de loin à la réalisation de ce travail.

MERCI

Cylia

Remerciements

Ce mémoire n'aurait pas été possible sans l'intervention, consciente, d'un grand nombre de personnes.

Je tiens d'abord à remercier très chaleureusement Mr LAOUDJ qui m'a permis de bénéficier de son encadrement, les conseils qu'il m'a prodigués, la patience, la confiance qu'il m'a témoigné ont été déterminants dans la réalisation de mon travail de recherche.

Je tiens à remercier le professeur IDDER, spécialiste en médecine du travail, sans lequel je n'aurais pu arriver jusque-là, en m'ouvrant les portes de son service.

Je remercie également le Docteur Benbelkacem pour son soutien, tu as été un médiateur de qualité, tes conseils et avis ont été des ressources non négligeables pour moi, et le docteur Zouawechea pour son orientation aux hôpitaux d'Alger.

A Islam, tout au long de cette période, ton soutien et nos échanges ont été de réelles oxygénations pour moi, un remerciement est une faible expression de ma reconnaissance pour toi.

Mes remerciements s'étendent également à tous nos enseignants durant les années des études.

Enfin je tiens à remercier tous ceux qui, de près ou de loin, ont contribué à la réalisation de ce travail.

Kahina

Dédicace

Je dédie ce modeste travail

*A mes chers parents, qui m'ont toujours soutenu et
encouragé pendant toute ma vie, ils ont sacrifié ce qu'ils avaient
de cher pour me voir réussir.
Pour toute difficulté dépassée.*

*A la mémoire de m'a chère cousine (Kouka) que dieu l'accueille
dans son vaste paradis*

A moi-même

A mes frères et sœurs Kamel, Karim, Lilia, Akila

A mes adorables nièces Céline, Eline et mon neveu Midou

A ma très chère grand-mère

A mes tentes et oncles paternel et maternel

A mes cousins et cousines

A celles que je considère mes sœurs : Hayat, Sonia, Inas

*A mes très chères amies : warda, Ryma, Nabila, Kenza,
Nadjet, Sabiha, sabine, Léa, Dihia, et à mon qui ma aidé et
soutenu tout au long de cette période*

A toutes la promotion psychosomatique

Cylia

Dédicaces

Je dédie cet humble travail, à mes très chers parents pour leurs soutiens et encouragements, sacrifices, patience toute au long de mes études que le bon dieu les gardent et les protègent.

À mon cher frère, à mes chères sœurs pour leurs patiences.

Je tiens à le dédier aussi tout particulièrement à mes chers ami (e)s Fouzia, Hassan, Jugurtha, Karim,

À mon meilleur ami Mouloud qui m'a soutenu tout au long de cette période.

À tous ce qui sont proches de mon cœur et dont je n'ai pas cité leurs noms.

Kahina

Sommaire

Introduction générale

Problématique -----	4
Les hypothèses -----	7
Opérationnalisation des concepts -----	8

La partie théorique

CHAPITRE I : la sinistrose

Introduction

1. Définition de la sinistrose -----	10
2. L'histoire de la sinistrose -----	11
3. Les symptômes de la sinistrose -----	13
4. Les conséquences de la sinistrose-----	13
5. Les diagnostics différentiels de la sinistrose -----	15
6. L'hypocondrie -----	15
7. Le stress post traumatique -----	16
8. Burn out -----	19
4. La prise en charge psychiatrique de la sinistrose-----	19

Conclusion

CHAPITRE II : la dépression

Introduction

1. Définition -----	22
2. Les formes cliniques -----	22
3. Les causes de la dépression-----	24
4. Le traitement de la dépression -----	26

Conclusion

CHAPITRE III: le traumatisme crânien

Introduction

1. Définition du traumatisme crânien ----- 29
2. Les séquelles des traumatismes crâniens ----- 30
3. Traumatisme crânien léger----- 32
4. Les symptômes du traumatisme crânien ----- 34
5. La prise en charge thérapeutique ----- 38

Conclusion

La partie méthodologique

CHAPITRE IV : la méthodologie de la recherche

Introduction

1. La présentation du lieu de la recherche ----- 42
2. Les objectifs de la recherche ----- 42
3. La démarche clinique ----- 43
4. Le groupe d'étude ----- 43
5. Les difficultés rencontrées au cours de choix des cas cliniques ----- 43
6. Les techniques de la recherche ----- 44

Conclusion

Partie pratique

Chapitre IV : analyse des données et discussion des hypothèses

Introduction

1. Présentation et analyse des entretiens et des échelles ----- 49
1. Première vignette clinique----- 49
2. Deuxième vignette clinique----- 61
3. Analyse globale des deux vignettes cliniques----- 73
4. Vérification des hypothèses opératoires ----- 75

Conclusion générale

Références bibliographiques

Annexes

INTRODUCTION GENERALE

Introduction

Introduction

A l'heure actuelle, et notamment avec l'évaluation rapide et les mutations dans différents domaines qu'ont connus nos sociétés, le domaine des pathologies, les maladies professionnelles les plus graves sont en perpétuelle extension alors que de nouvelles formes ont occupé le terrain et suscité de nombreuses recherches dans différents domaines, notamment en psychologie, en sociologie et en ergonomie.

Il est vrai que l'accroissement des exigences généré par un besoin grandissant de rentabilité, de performance, de rapidité et d'efficacité sont devenues une devise de référence dans le monde du travail, mais ces facteurs sont perçus par de nombreuses personnes comme étant une menace qui, à la longue, altère le bien-être des individus se manifestant sous forme de pathologies physiques et psychologiques. Ces formes actuelles de mal-être que l'on appelle les maladies de civilisation découlent de la conjugaison des conditions environnementales et individuelles.

Le comité scientifique met l'accent sur la présence de pathologies inhérentes aux conditions de travail dont la conséquence serait préjudiciable sur l'individu. Parmi elles, nous citons la sinistrose délirante et le syndrome du stress post-traumatique, ce dernier est un phénomène qui prend de plus en plus une importante place dans la vie des malades traumatisés crâniens qui ont subi un accident du travail.

En fait, dès son apparition sur le champ scientifique, la sinistrose a fait l'objet d'un intérêt croissant au cours des récentes décennies, elle est massivement prise en charge dès les années 90, elle a été décrite comme étant un état morbide qui consistait « en une inhibition très spéciale de la bonne volonté frappait tout particulièrement l'ouvrier de l'industrie suite à un accident du travail ».

Introduction

Contenu de l'aspect complexe de la sinistrose, la plus plupart des auteurs le considère comme un phénomène multidimensionnel qui trouve son origine dans l'interaction de plusieurs facteurs liés en partie aux conditions et l'organisation du travail, et d'autres part aux facteurs intrinsèques de l'individu.

La fabrication de premières lois visant à protéger les travailleurs contre les risques d'accidents et d'invalidité s'est accompagnée de débat autour d'un autre risque : celui de la stimulation d'infirmité et de l'exagération des symptômes, l'idée a fait son chemin : parce que les lois existaient, la tentation était grande de vouloir soustraire au devoir du travail et d'exploiter de manière abusive la solidarité collective.

En Algérie, comme ce thème est assez récent, nous ne retrouvons aucune étude publiée sur la sinistrose.

De ce fait, nous avons mené une étude sur le phénomène de la sinistrose chez le sujet traumatisé crânien.

Dans le but d'approcher le phénomène de la sinistrose, cette étude comporte deux grandes parties : la première partie comprend le chapitre dans lequel nous avons abordé l'aspect théorique des concepts suivants : la sinistrose, le Burn-out, le stress post-traumatique la dépression et le traumatisme crânien.

Dans la partie méthodologique et pratique, qui se répartit en deux grands chapitres, nous avons présenté :

1. La méthodologie de recherche, l'échantillon sur laquelle porte notre objet d'étude et les outils d'investigation qui nous ont permis d'atteindre les objectifs de notre étude.
2. La présentation et l'analyse des résultats obtenus.

La problématique

La problématique :

«Le travail est une activité consistant à produit un bien ou un service.

Il nécessite un effort orienté vers un but et s'exerce dans le cadre de contraintes. Son sens varie considérablement selon les sociétés. La Grèce antique ne dispose pas de mot pour le désigner. »¹

« Tout au long de l'histoire, le moyen prédominant du travail fut l'esclavage (travail forcé, où l'homme domine un autre tout en l'empêchant de prendre des décisions en liberté). A partir du milieu de XIX^{ème} siècle, l'esclavage a commencé à diminuer et s'est vu déclarer illégal. Des lors, le travail salarié est devenue le moyen dominant du travail. Cette conception du travail indique qu'un individu réalise une certaine activité productive pour laquelle il reçoit un salaire, qui correspondant donc au prix du travail au sein du marché. La relation de travail entre l'employeur et l'employé est soumise à plusieurs lois et conventions. Cependant, il existe aussi ce que l'on appelle le travail au noir (toutes ces contractualisations ayant lieu dans l'illégalité et qui permettent d'explorer le travailleur). »²

Etre salarié présente des avantages et des inconvénients :

« Travailler c'est agir pour assurer sa vie et son confort sur les plans matériel et intellectuel. Le confort nécessite plus de travail que la survie, mais il est plus satisfaisant. Assurer sa survie matérielle, c'est pouvoir manger, s'habiller, s'abriter et se soigner. Assurer ses comforts matériels, c'est pouvoir choisir et améliorer ses conditions de vie matérielle. Assurer ses besoins intellectuels, c'est apprendre à parler, lire, écrire et compter. Mais c'est aussi se cultiver, se distraire, raisonner, etc. Le travail permet à l'être humain de

¹ Claude Louche, introduction à la psychologie de travail et des organisations, ARMAND COLIN, paris, 2007, p 27.

²Le- déco des définitions.com, consulter le 12/02/2018.

Problématique et hypothèses

jouer un rôle dans la société. Le résultat de son travail à une valeur reconnue par ses semblables, il va se sentir utile, il est acteur de sa vie économique et social. Il acquiert ainsi une signification aux yeux des autres.

Le travail est un besoin vital pour le bien être de l'homme et l'amélioration de ses conditions de vie, le développement et l'épanouissement de la société il apporte le respect des autres, celui qui travaille peut assumer ses responsabilités en assurant sa vie et celle de sa famille.

Chaque travail à ces risques ils y a des risques physique, psychosociaux, les risques d'incendie, risques chimique et biologique...etc.

« Les risques physiques concernent tous les risques liée à l'utilisation de machines ou équipements professionnels (outils, matériel divers y compris et par exemple les couteaux, les machines à découper, les fours...etc.). Ces risques concernent aussi l'utilisation des équipements additionnels (échelle, escabeau, échafaudage...etc.) Et tout ce qui peut concerner l'environnement de travail. Ils sont multiples aux postes de travail : bruit, ambiances lumineuses, vibrations, travail sur écran, rayonnement optiques ou électromagnétiques, chaleur, froid...etc.

Les risques physique vont engendrer des dommages surtout ou partie de corps humain ainsi que les maladies professionnelles telles que les maladies musculo-squelettique et (notamment les lombalgies), les surdités, les trouble vasculaire du système main bras les effets des rayonnements sur la peau et les risques oculaires.

Les risques psychosociaux concernant certain aspect anxiogène du travail : cadence élevé, charge de travail importante, contacte avec le public, isolement ...etc., ils recouvrent les risques professionnels qui portent atteinte à l'intégrité physique et à la santé mentale des salariées : stress, suicide,

Problématique et hypothèses

harcèlement moral ou sexuel , violence au travail ... ces risques sont à l'origine de pathologies professionnelles telles que les dépressions professionnelles, les problèmes de sommeil...etc. les manifestations de stress sont d'ordre individuel (irritabilité, absentéisme...), les causes et les effets du stress peuvent être collectifs. Leur détection passe par l'analyse des conditions de travail (aménagement des postes), l'organisation du travail (horaires, cadences), la communication (relations hiérarchiques), l'environnement de travail...»³

« Chaque année, le ministère chargé du travail établit un bilan annuel des conditions de travail, qui fait la synthèse des principales évolutions en matière d'accidents du travail et des maladies professionnelles pour le régime général, ces dernières sont élaborées à partir des déclarations d'accidents du travail et des reconnaissances des maladies professionnelles, les données sont regroupées dans chaque région par les CNAS. »⁴

« La directrice de l'institut national de la prévention des risques professionnels (INPRP) Mme Saida Iles a cité que la prévalence dans la branche interprofessionnelle est de 25 % d'accidents du travail et de 35% de maladies professionnelles, suivie par celle du BTPH et la métallurgie avec 12% d'accidents du travail et 23% de maladies professionnelles. »⁵

« Les maladies neurologiques regroupent sous cette même appellation pathologies extrêmement variées. Ces atteintes lésionnelles du cerveau, de la moelle épinière, des nerfs périphériques ou des muscles entraînent des troubles moteurs et/ou cognitifs, voire psychiatriques. Ces maladies,

³<http://www.efficience-santeautravail.org/risques-professionnels.html> 12/02/18 16h49.

⁴www.inrs.fr 12/02/18 14h13

⁵www.inprp-dz.com 12/02/18

Problématique et hypothèses

chroniques et évolutives, sont aussi synonymes de ruptures : au niveau familial, professionnel, financier. »⁶

Le traumatisme crânien correspond à un choc sur le crane, quelle que soit son intensité, en terme médical, le traumatisme crânien correspond à un choc dont l'intensité provoque un trouble de la conscience. De nombreuses circonstances de la vie peuvent entrainer un traumatisme crânien (sportif, professionnel, accident de voiture ou de voie publique, accidents domestiques, agression, chute, coup porté sur la tête, arme à feu...)

Au court de notre formation Hygiène et sécurité environnement, on a abordé l'axe des accidents du travail et des maladies professionnelles, ce qui a attiré notre attention de plus c'était la sinistrose délirante qui se bascule entre le service de psychiatrie et le service médecine du travail.

A la lumière de nos modestes observations on a soulevé la question de la sinistrose chez le malade traumatisé crânien.

Pour étayer ce problème de recherche, on a posé les questions suivantes :

1. Est-ce que un traumatisé crânien peut développer une sinistrose et simultanément une dépression ?
2. Est-ce que la sinistrose est une véritable maladie ?

Et nous tenterons dans ce qui va suivre d'apporter une réponse à toutes ces questions par l'élaboration **des hypothèses** suivantes :

1. Un traumatisé crânien sinistrosique peut développer une dépression suite à un accident du travail.
2. La sinistrose est un trouble psychologique qui met le patient dans une situation de revendication de bénéfices secondaires.

⁶Caroline Januel, les maladies neurologiques.

1. Opérationnalisation des concepts :

4.1. La sinistrose :

- Réparation financière ou chirurgical
- Des plaintes judiciaire
- Symptômes physiques ou psychologique
- Refuse de reconnaître sa guérison
- Dépression

4.2. La dépression :

- Humeur triste
- Fatigue asthénie physique et morale
- Pleurs, un dégoût de la vie
- Pensée suicidaire
- Sentiment de culpabilité
- Insomnie, difficulté de concentration

4.3. Le traumatisme crânien :

- Atteinte du crane ou de l'encéphale
- Traumatisme de la personne
- Perte de conscience ou coma
- Trouble de la mémoire
- Dépression

CHAPITRE I

Introduction

C'est à Brissaud (1908), psychiatre expert français, qu'on doit cette interrogation et aussi la paternité d'une nouvelle maladie, sous la plume de Brissaud est née une nouvelle névrose, distincte de la stimulation, intégrée désormais au répertoire des catégories médico-légales. Contenue de sa complexité, elle doit être confiée à des experts spécialisés et ayant l'expérience de ce trouble, de même que l'approche juridique justifie l'intervention d'avocat spécialisés.

Biographie d'Édouard Brissaud :

Edouard Brissaud né le 15 avril 1852 à Besançon c'est un médecin Français, neurologue, anatomo-pathologiste, et historien de la médecine. Brissaud était professeur d'histoire au lycée Charlemagne, Édouard fut l'élève des professeurs Charcot, Broca et Lasègue, puis médecin des hôpitaux et professeur à la faculté de médecine à Paris. Il a travaillé dans différents domaines : l'anatomie, l'anatomo-pathologiste, la neurologie et la psychiatrie. On lui doit notamment la description de la sinistrose en 1908. Il est mort le 20 décembre 1909.

1. Définition de la sinistrose :

« Après un accident du travail ou de la voie publique : le malade réclame avec acharnement une pension, un dressement du taux d'invalidité obtenu et persécute de ces récrimination et menace les employeur de la sécurité social, les avocats et les médecins experts ; il multiplie les demandes de contre-expertise et les procédures de recours arguant avec sthénie de l'importance du handicapé qu'il a subié du fait de l'accident. »⁷

⁷T. LEMPERIERE, A.FELINE, psychiatrie de l'adulte, 2ième édition, Masson, Paris, 2006.

« Malgré ses blessures guéris, l'ouvrier refusait de reprendre le travail tant que la réparation ne lui y avait pas été accordée. »⁸

« La sthénicité des revendicateurs est inégale d'un sujet à l'autre : certains très convaincus et processifs persécutent inlassablement ceux qu'ils désignent comme leurs persécuteurs. D'autres, moins vindicatifs, se résigneront en se démoralisant douloureusement, désespérant de trouver écoute et soutien d'un corps social jugé défaillant, laxiste sinon compromis. »⁹

2. L'histoire de la sinistrose

Le terme sinistrose est créé par Edouard Brissaud en **1908**. Depuis la promulgation de la loi française sur les accidents du travail en **1898**, la victime n'a plus à faire la preuve de la responsabilité de l'employeur et reçoit une indemnisation forfaitaire. Brissaud dans son article princeps du *concours médical*, relève que : « Dans tous les pays qui indemnisent les accidents du travail, les blessures "assurées" exigent pour guérir un temps beaucoup plus long que les blessures "non assurées". A ce fait brutal, incontestable et incontesté, se réduit toute la question de la sinistrose ». A cette époque, la psychiatrie est à l'articulation des entités et des syndromes relevant d'étiologies. Sérieux et Capgras, lecteurs de Kraepelin, publient depuis **1902** et vont parachever leurs travaux dans leur livre de **1909** : *les folies raisonnantes*. Le délire d'interprétation.

C'est dans ce contexte que Brissaud définit la sinistrose comme « un état psychopathologique spécial ...qui procède uniquement d'une interprétation

⁸Cristina Ferreira, retour sur la sinistrose dite névrose de revendication. PDF. 09.2007.

⁹T. LEMPERIERE, A.FELINE, psychiatrie de l'adulte, 2ième édition, Masson, Paris, 2006.

erronée de la loi et consiste en une sorte de délire raisonnant fondé sur une idée fausse de revendication ».

En **1954** Evrard exclut la sinistrose des névroses post-traumatiques, le resituant dans son acception première de psychose, la majorité des auteurs étendent la dénomination à toute névrose post-traumatique dominée par des éléments de revendication (Delaloye). Ainsi la classification de Ley **1969** intègre sinistrose et névrose de rente dans les syndromes post-traumatique, mais tous se diluent dans un polymorphisme mixant réactions d'effroi, neurasthénie, névrose d'angoisse, hypocondrie, obsessions et phobies, réactions hystériques et revendications exagérées.

Sous la rubrique sinistrose, la bibliographie des travaux cliniques psychanalytiques est inexistante. Par contre de nombreuses publications, dans une démarche compréhensive, mettent en exergue la prééminence des facteurs sociaux, ethnoculturels et iatrogéniques (d'Almeida, Fernandez-Zoïla, Kemmerer, Berthelie, Chertok, Douville, Sivadon et Veil, Godard). Le risque iatrogénique est fonction de l'orientation théorique des examinateurs (Hécaen) connotée de (et connotant) leurs possibilités d'aménagement contre-transférentiel face à la demande du patient : au-delà d'une indemnisation, cette demande « est avant tout une reconnaissance : celle de la réalité de la maladie » (Berthelie). Les facteurs socioculturels s'inscrivent dans la précarité de l'insertion sociale et du tissu relationnel, les emplois salariés, les travaux à risques et les tâches déqualifiées, et tout particulièrement dans les situations de rupture culturelle : c'étaient autrefois les Bretons, violemment et systématiquement déculturés (à partir de la fin du XVIII^e siècle !), ce sont les Portugais et les Maghrébins. Or, la réussite du projet migratoire repose tout

entier sur le travail, garant de la dette d'honneur qui sera remboursée par les insignes de la prospérité lors d'un retour triomphant (Marie-Cardine).¹⁰

3. Les symptômes de la sinistrose :

« D'un point de vue symptomatique, il n'y pas de typologie fixe, mais on note une très grande prévisibilité dans les réponses aux questions que l'on peut poser aux patients et ce qui est surtout apparent est une distorsion subjective. Beaucoup d'étude n'indiquent pas la fréquence de divers symptômes, on note cependant souvent la présence de tensions musculaires, d'irritabilité, de céphalées, d'anxiété et de dépression, des réactions hystériques, trouble de la concentration, et de diminution de la libido, mais le plus souvent les signes objectifs sont plus souvent absent.

De point de vue personnalité, ces patients surtout les hommes montrent des traits de passivité et de dépendance avec une incapacité d'accepter ou de reconnaître ces caractéristiques »¹¹

4. Les conséquences de la sinistrose :

« Tout accident est capable d'entraîner, surtout chez des personnes fragiles, des réactions psychologiques inadaptées avec des malaises divers et l'impression de ne pas pouvoir reprendre une vie normale. On peut alors aboutir

¹⁰Alain Raix, Maladies somatiques remaniements psychiques 1994, 'réflexions sur la sinistrose' page 122-124.

¹¹P.Rossati, la sinistrose : un concept à réviser, Genève, 1989, p61

à des situations très complexes, la douleur physique étant un élément très subjectif susceptible de se transformer en douleur morale. »¹²

¹²<https://www.m.topsanté.com> consulté le 25/02/2018

5. Diagnostique différentiel de la sinistrose :

1. L'hypocondrie :

« Maladie mentale dans son essence, l'hypocondrie s'exprime essentiellement dans le registre corporel. C'est une sorte de maladie nerveuse qui, troublant l'intelligence des malades, leurs fait croire qu'ils sont attaqués par des maladies les plus diverses, de manière qu'ils passent pour malades imaginaires tout en souffrant beaucoup et qu'ils sont plongé dans une tristesse habituelle ». ¹³

Les critères diagnostiques de l'hypocondrie selon le DSM. IV :

« **Critère A.** Préoccupation centrée sur la crainte ou l'idée d'être atteint d'une maladie grave.

Critère B. les symptômes somatiques sont absents ou s'ils sont présents, ils sont d'intensité mineure. Si un autre problème médical est présent ou en cas de risque notable de développement d'une affection médicale (p.ex. du fait de la présence d'antécédents familiaux importants), la préoccupation est clairement excessive ou disproportionnée.

Critère C. il existe un degré important d'anxiété concernant la santé et la personne s'inquiète facilement de son état de santé personnel

Critère D. La personne présente des comportements excessifs par rapport à sa santé (p.ex. effectue des vérifications répétées de son corps à la recherche des signes d'une maladie) ou présente un évitement inadapté (p.ex. évite les rendez-vous médicaux et les hôpitaux).

Critère E. les préoccupations concernant la maladie sont présentes depuis au moins 6 mois mais la nature de la maladie qui est spécifiquement anticipée peut avoir changé durant cette période de temps.

¹³Guy Besançon, Manuelle de psychopathologie, Dunod, Paris, 2005, p66.

Critère F. la préoccupation relative aux maladies n'est pas mieux expliquée par un autre trouble mental tel qu'un trouble à symptomatologie somatique, un trouble panique, une anxiété généralisée, une obsession d'une dysmorphie corporelle, un trouble obsessionnel-compulsif ou un trouble délirant à type somatique.

Spécifier le type :

A type de demande de soins : les soins médicaux incluant les visites chez des médecins ou les examens complémentaires sont utilisés de façon fréquente.

A type évitant les soins : les soins médicaux sont rarement utilisés. »¹⁴

1. Le stress post traumatique : (ESPT)

« Donnée par la CIM-10 est « situation ou événement stressant (de courte ou longue durée) exceptionnellement menaçant ou catastrophique et qui provoquerait des symptômes évidents de détresse chez la plupart des individus ». »¹⁵

Les critères diagnostiques du F43.1 [309.81] Trouble Etat de Stress Post-traumatique :

A. « Le sujet a été exposé à un événement traumatique dans lequel les deux éléments suivant étaient présents :

(1) Le sujet a vécu, a été témoin ou a été confronté à un événement ou à des événements durant lesquels des individus ont pu mourir ou être très gravement blessés ou bien ont été menacés de mort ou de grave blessure ou bien durant lesquels son intégrité physique ou celle d'autrui a pu être menacée.

¹⁴ Marc-Antoine Crocq et Julien Daniel Guelfi, diagnostic et statistique des troubles mentaux, ELSEVIER MASSON, 2013. P372.

¹⁵ T. LEMPERIERE, A. FELIN, J.ADES, P.HARDY, F. ROUILLON, psychiatrie de l'adulte, 2eme édition MASSON, paris 2006. P178.

(2) La réaction du sujet à l'événement s'est traduite par une peur intense, un sentiment d'impuissance ou d'horreur. **NB.** : chez les enfants, un comportement désorganisé ou agité peut se substituer à ces manifestations.

B. L'événement traumatique est constamment revécu, de l'une (ou de plusieurs) des façons suivantes :

(1) Souvenirs répétitifs et envahissants de l'événement provoquant un sentiment de détresse et comprenant des images, des pensées ou des conceptions. **NB.** : chez les jeunes enfants peut survenir un jeu répétitif exprimant des thèmes ou des ou des aspects du traumatisme.

(2) Rêves répétitifs de l'événement provoquant un sentiment de détresse. **NB.** : chez les enfants, il peut y avoir des rêves effrayants sans contenu reconnaissable.

(3) Impression ou agissements soudains « comme si » l'événement traumatique allait se reproduire (incluant le sentiment de revivre l'événement, des illusions, des hallucinations, et des épisodes dissociatifs (flash-back), y compris ceux qui surviennent au réveil ou au cours d'une intoxication). **NB.** : chez les jeunes enfants, des reconstitutions spécifiques du traumatisme peuvent survenir.

(4) Sentiment intense de détresse psychique lors de l'exposition à des indices internes ou externes évoquant ou ressemblant à un aspect de l'événement traumatique en cause.

(5) Réactivité physiologique lors de l'exposition à des indices internes ou externes pouvant évoquer ou ressembler à un aspect de l'événement traumatique en cause.

C. Evitement persistant des stimuli associés au traumatique et émoussement de la réactivité générale (ne préexistant pas au traumatisme), comme en témoigne la présence d'au moins trois des manifestations suivantes :

-
- (1) Efforts pour éviter les pensées, les sentiments ou les conversations associés au traumatisme.
 - (2) Efforts pour éviter les activités, les endroits où les gens qui éveillent des souvenirs du traumatisme.
 - (3) Incapacité de se rappeler d'un aspect important du traumatisme.
 - (4) Réduction nette de l'intérêt pour des activités importantes ou bien réduction de la participation à ces mêmes activités.
 - (5) Sentiment de détachement d'autrui ou bien de devenir étranger par rapport aux autres.
 - (6) Restriction des affects (par. Ex, incapacité à éprouver des sentiments tendres).
 - (7) Sentiment d'avenir « bouché » (par. Ex, pense ne pas pouvoir faire carrière, se marier, avoir des enfants, ou avoir un cours normal de la vie.

D. Présence de symptômes persistants traduisant une activation neurovégétative (ne préexistant pas au traumatisme) comme en témoigne la présence d'au moins deux des manifestations suivantes :

- (1) Difficultés d'endormissement ou sommeil interrompu
- (2) Irritabilité ou accès de colère
- (3) Difficultés de concentration
- (4) Hypervigilance
- (5) Réaction de sursaut exagérée

E. La perturbation (symptômes des critères B.C et D) dure plus d'un mois.

F. La perturbation entraîne une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.

Spécifier si :

Aigu : si la durée des symptômes est de moins de trois mois.

Chronique : si la durée des symptômes est de trois mois ou plus.

Spécifier si :

Survenue différée : si le début des symptômes survient au moins six mois après le facteur de stress. »¹⁶

1. Burn out :

« Pour l’OMS, le Burn-out se traduit par un épuisement professionnel et plus précisément un sentiment de fatigue intense, de perte de contrôle et d’incapacité à aboutir des résultats concrets au travail. »¹⁷

6. La prise en charge psychiatrique de la sinistrose :

« Le traitement repose sur l’utilisation de différentes structures de soins selon la situation :

1. L’hospitalisation en psychiatrie :

L’hospitalisation d’un patient sinistrosique souffrant d’un délire de revendication pose de nombreux problèmes sur le plan thérapeutique car elle accentue et aggrave les comportements de revendication, c’est à dire à réclamer une réparation disproportionnée d’un préjudice délirant. L’hospitalisation sous la modalité des soins à la demande d’un représentant d’état est le plus souvent préférable à l’hospitalisation à la demande d’un tiers.

Les indications d’hospitalisation sont le danger pour la sécurité des personnes et les troubles à l’ordre public.

¹⁶ AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION-DSM-IV Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux 4^{ème} édition (version internationale, Washington DC,1995) traduction française par J.D Guelfi et al, MASSON Paris,1996. P503-504.

¹⁷ Boris Cyrulnik, Marie France hirigoyen, stress, Burn-out, harcèlement moral, DUNOD, Paris2016. P08.

2. Traitement psychopharmacologie :

1. Le recours au traitement antipsychotique est recommandé dans les troubles délirants. De faibles posologies au début de traitement sont le plus souvent recommandées du fait de la grande sensibilité de ces patients aux effets secondaires des médicaments antipsychotiques (syndrome extrapyramidal). Les médicaments antipsychotiques atténuent les convictions délirantes, atténuent l'angoisse et réduisent l'agressivité du patient.
2. L'association d'un traitement antidépresseur est parfois nécessaire dans le cas des idées délirantes, en phase d'épisode dépressif caractérisé associé à la sinistrose.

3. La prise en charge psychothérapeutique :

L'essentiel d'une psychothérapie efficace est l'établissement d'un rapport de confiance entre le patient et le thérapeute. La thérapie individuelle semble plus efficace que la thérapie de groupe dans le cas de la sinistrose.

Les thérapies comportementales et cognitives, ainsi que la thérapie d'acceptation et ou d'engagement peuvent être proposées. »¹⁸

Conclusion

En son temps Edouard Brissaud avait proposé la sinistrose comme catégorie psychiatriques susceptible de rendre intelligibles des revendications d'ouvriers blessés tout en permettant de limiter légalement l'octroi d'indemnisation. Le rapport développé par ces ouvriers aux assurances sociales permettait, selon lui de comprendre le caractère excessif de leurs demandes.

¹⁸ALI AMAD, VINCENT CAMUS, référentiel de psychiatrie, PUF, 2014.

CHAPITRE II

Introduction

Aujourd'hui la dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquentes dans notre société, des difficultés au travail, échec dans les études, perte d'emploi ainsi les différents traumatismes de la vie peuvent alimenter ce trouble d'où un état profond de tristesse se manifestant par une diminution des activités physiques et psychologiques avec une sensation de faiblesse, d'impuissance et de désespoir. La dépression s'accompagne souvent d'anxiété, de baisse de la concentration et d'une faible estime de soi.

1. Définition de la dépression :

« La dépression s'annonce par une modification globale, mais le plus insidieuse, du comportement. Aussi début, le déprimé devient anxieux, réagit de manière inhabituelle à des contrariétés banales, il est sujet à de brefs accès de colère, de joie ou de pleurs. Il a des difficultés pour trouver le sommeil puis se réveille en plein nuit, habituellement entre minuit et 2h du matin, chez certaines, le sommeil est « haché » de rêves angoissants. Souvent, c'est seulement après plusieurs mois d'évolution, alors que le malade est en véritable situation de détresse morale, que l'entourage prend conscience de la gravité de son état. »¹⁹

2. Les formes cliniques de la dépression :

Il existe différentes formes de la dépression :

2.1. La dépression typique :

« Les personnes qui présentant une dépression typique, souffrent de trouble de sommeil (insomnie d'endormissement, réveil précoce...), diminution de l'appétit, la matinée la période la plus difficile à affronter de la journée »²⁰

¹⁹ Dictionnaire Médical, Larousse, 2003, p.284.

²⁰ Guy Besançon, manuel de psychopathologie, DUNOD, paris, 1993. P19

2.2. La dépression atypique :

«Ce terme de dépression atypique fait référence à un état dépressif assorti de symptômes du registre psychotique : trouble du cours de la pensées, incohérente idéique, ambivalence, étrangeté du vécu, émoussement des affects, activité délirante et / ou hallucinatoire riche, troubles psychomoteurs de type agitation catatonique.

2.3. La dépression mélancolique :

Le terme de mélancolie est utilisé depuis plus d'un siècle pour décrire un épisode dépressif caractérisé d'intensité sévère ayant des caractéristiques quantitatives et qualitative particulière. Du point de vue qualitatif, la mélancolie est remarquable par la gravité du tableau clinique. L'intensité dépressive est reflétée par la douleur morale intense qui transparait sur le visage du patient, perte de la capacité à éprouver du plaisir pouvant aller jusqu'à l'anesthésie affective. Le ralentissement psychomoteur est majeur, allant jusqu'à la catatonie. Du point de vue quantitatif, la mélancolie se distingue par l'existence d'une symptomatologie plus importante le matin que le soir, des insomnies, des réveils précoces, une perte de poids majeur et rapide, l'existence d'un sentiment de honte, de culpabilité »²¹

2.4. La dépression masquée :

« Il arrive fréquemment qu'une personne déprimée se présente sous des aspects qui n'ont apparemment pas de rapports directs avec une souffrance psychologique. Les plaintes somatiques sont fréquentes chez les déprimés, constituant parfois le seul motif de consultation. Des plaintes du type céphalées, mal au dos, douleurs thoraciques, troubles digestifs, douleurs vagues, localisées dans les membres, le visage et le corps, insomnie, fatigue, perte de poids, prise

²¹ Charles- Siegfried Peretti, comprendre et soigner la dépression, Masson, 2013, p34-38.

du poids peuvent cacher une dépression. Ce qui est caractéristique de ces plaintes, c'est l'existence d'une rupture avec le fonctionnement antérieur et l'absence de cause organique retrouvée, même après des examens médicaux approfondis. Souvent un entretien minutieux retrouve, en arrière-plan, des signes de la dépression associé aux plaintes somatiques. »²²

2.5. L'épisode dépressif majeur :

Le DSM-IV définit l'épisode dépressif majeur comme « la caractéristique essentielle de l'épisode dépressif majeur est une humeur dépressive ou une perte d'intérêt ou de plaisir pour presque toutes les activités, persistant au moins deux semaines »²³

2.6. La dépression réactionnelle :

« Elle est la plus courante, et la moins grave, elle survient chez les personnes indemnes de toutes maladies psychiatriques, elle est aussi présente chez les patients anxieux, émotif (comme le malade atteint d'une maladie chronique), hypersensible, qui ont un besoin permanent d'affection, d'encouragement et d'estime pour trouver leurs équilibre. »²⁴

3. Les causes de la dépression :

La dépression est souvent déclenchée par des événements extérieurs. On sait désormais qu'il n'y a pas une cause unique à l'apparition d'une dépression, mais que la maladie résulte le plus souvent d'une conjonction de facteurs.

3.1. Les facteurs biologiques :

« Chez les maladies dépressives, on constate un déséquilibre de la chimie du cerveau, en particulier une baisse de l'efficacité de certains neurotransmetteurs

²² Guy Besançon, manuel de psychopathologie, DUNOD, Paris, 1993. P23

²³ J.PALAZZOLO, dépression et anxiété, édition MASSON, 2007. P18.

²⁴ Kachat.F, psychiatrie et psychologie médicale, Boxer-Alger, entreprise nationale de livre, 1996. P96.

(sérotonine, noradrénaline, dopamine). Or, le cerveau constitue le centre de contrôle de tout notre corps. Il est également responsable de nos émotions de notre mémoire et de nos pensées. Cette perturbation de nature chimique entraîne progressivement un dérèglement de l'humeur et des fonctions intellectuelles et physiques ». ²⁵

3.2. Les facteurs liés à l'environnement social et familial :

« Des événements extérieurs à l'individu peuvent contribuer au développement d'une dépression, comme le décès d'un être cher, une séparation, la perte d'un emploi, des problèmes financiers, une blessure ou une maladie invalidante ex : certaines maladies peuvent influencer l'humeur et ainsi conduire à une dépression. Les pathologies qui touchent le cerveau comme la maladie de Parkinson ou Alzheimer sont de très bons exemples. Aussi, lorsque le système immunitaire ou hormonal est atteint comme c'est le cas lors de maladies du cœur ou de diabète, il y a plus de risque de vivre une dépression.), comme il peut être reliées à des situations stressantes. »²⁶

3.3. Les facteurs génétiques :

« Toutefois, il est possible que des facteurs génétiques peuvent affectent le fonctionnement du cerveau peuvent rendre une personne plus fragile à la dépression par exemple, les personnes dont les parents proches ont souffert d'une dépression ont 15 % de risque d'en développer une aussi alors que chez les personnes dont les parents proches ne sont pas dépressifs les risques sont de seulement 2 à 3 %. De plus, des enfants nés de parents ayant des antécédents de dépression mais adoptés par des parents ne souffrant pas de cette maladie risquent malgré tout de faire une dépression dans 15 % des cas. Chez les jumeaux identiques (donc possédant exactement les mêmes gènes), les

²⁵ Jean Louis Pedinielli, Bernoussi Amel. (2005). « Les états dépressif », Armand Colin. P23.

²⁶ Bartha Christina et al (1999), « La dépression : Guide à l'intention des personnes déprimées et leur famille », canada, Camh, p : 316.

probabilités pour un des jumeaux de vivre une dépression si l'autre en a vécu une montent à 70 %. »²⁷

4. Le traitement de la dépression :

4.1. « Jeffrey Navid. Dans son livre intitulé « **psychopathologie** » a proposé des traitements et une prise en charge de la dépression qu'on peut les considérer efficaces et qui sont les suivants :

- a) Les médicaments antidépresseurs (tricycliques ou inhibiteurs sélectifs de la recapture de sérotonine).
- b) Traitement psychothérapeutique : thérapie cognitive, thérapie comportementale
- c) D'autres formes de traitement spécifiées, y compris la photothérapie pour dépression saisonnière. Dans tous les cas, il faut établir les critères de guérison acceptables pour le patient et pour le thérapeute. »²⁸

4.2. Traitement psychothérapeutique : « thérapie cognitivo-comportementale »

« Dans le traitement de dépression plusieurs psychothérapie sont proposées parmi elle la thérapie cognitivo-comportementale.

La thérapie cognitivo-comportementale se bas sur des théories de l'apprentissage et de l'analyse des processus cognitif, elles sont centrés sur la façon de faire face aux difficultés rencontrées dans la vie quotidienne, et visent à changer des comportements par la prise de conscience et la modification des pensées considérées comme dysfonctionnelles et inadaptées. Les comportements que l'on cherche à éviter sont découpés en séquences sur lesquelles on recherche les meilleures façons d'agir afin de modifier des enchainements qui les précédent et y conduisent. Elles reposent essentiellement sur l'auto-

²⁷ Briffault et Xavier et al (2007), « La dépression en savoir plus pour en sortir », édition Inpes, p:23.

²⁸ Jeffry, N. S pencer R et Beverly G. (2009). "**Psychopathologie**". France. Pearson éducation. P180.

observation du patient, de ses pensées et de ses comportements, sur la recherche de stratégies d'adaptation à ses réalités. Des outils peuvent éventuellement être utilisés (notation de la fréquence du comportement graphique montrant leur évolution), et la participation active du patient à la résolution des problèmes rencontrés est requise (taches et exercices à effectuer entre les séances). »²⁹

Conclusion

La dépression est l'une des maladies mentales les plus fréquentes dans notre société, suite à des événements assez difficile à supporter ou à surmonter, cette maladie nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique, pour que la personne atteinte puisse dépasser sa souffrance et retrouver sa vie qu'il à perdue.

²⁹ Cottraux, J. (2006). « **Les thérapies comportementales et cognitives** ». Paris. Masson. P58.

CHAPITRE III

Introduction

Les traumatismes constituent un problème majeur de santé publique. Parmi les traumatismes, les lésions caraniocérébrales sont fréquentes et potentiellement graves tant à court terme (risque vital) qu'à long terme (handicap).

Les traumatismes crâniens sont la première cause de mortalité, une autre facture de gravité tient à la fréquence des séquelles neurologiques et psychologique.

La traumatologie occupe une place très importante parmi les séquelles post traumatiques qui ouvert droit à la réparation juridique, d'abord connue à la suite des blessures de guerres, elle est aujourd'hui le fait des accidents de travail et plus encore des accidents de la circulation ». ³⁰

1. Définition du traumatisme crânien :

« Les contusions cérébrales hémorragiques sont les lésions provoquées par un choc violent contre la boîte crânienne. Elles sont le résultat du mouvement du cerveau dans le sens linéaire, provoquant un coup et un contrecoup (frontal et occipital, le plus souvent) ou dans un sens rotatoire, lésant les axones longs. Lorsque le traumatisme entraîne la rupture des vaisseaux sanguins, l'hémorragie peut se former dans la zone durale (entre la boîte crânienne et la dure-mère) ou sous-durale (entre la dure-mère et l'espace arachnoïdien). L'hématome

³⁰<https://medecinelegal.wordpress.com/2010/10/22/syndrome-subjectif/> page consultée le 19/03/2018

extradural est plus grave en raison du plus gros calibre des vaisseaux rompus qui détermine la rapidité du progrès du saignement ». ³¹

« C'est aussi un traumatisme de la personne, car l'altération potentielle des capacités mentales peut donner le jour à des modifications de la personnalité plus ou moins importantes, parfois incompatibles avec la vie sociale, professionnelles ou familiale antérieure, c'est également un traumatisme des liens, l'ensemble du cercle des relations du blessé ressortant rarement indemne, lorsque les séquelles sont lourdes, de cet épisode.

Le cerveau est le principal organe intracrânien touché en raison de son poids, de son volume dans la boîte crânienne, et de sa configuration interne et externe. Le cervelet et le tronc cérébral sont les plus souvent épargnés. Mais tout l'encéphale est soumis aux mêmes risques de lésion ischémiques ou hypoxique secondaires aux désordres circulatoires et respiratoires subis par le blessé. Il en est de même pour tout un registre de lésions cellulaires consécutives à une cascade d'évènements biochimiques déclenchés par l'hypoxie ou la présence du sang dans le cerveau. »³²

2. Les séquelles des traumatismes crâniens :

« Les séquelles sont surtout fréquentes après les traumatismes crâniens graves définis par un score de Glasgow inférieur à 8 ou une amnésie post-traumatique supérieur à 24h.

2.1. déficits neurologiques :

Elles revêtent des aspects variés ; un bilan précis peut en être fait lorsque l'état de conscience du blessé s'est amélioré. Qu'il s'agisse de troubles de

³¹ Liliane MANNIG, la neuropsychologie clinique, 2^e édition ARMAND COLIN, p13.

³²F. Cohadon, JP Castel, E Richer, JM Mazaux, H Loiseau, les traumatisés crâniens, Arnette Ed, 2000.

l'équilibre, de trouble des fonctions cognitives, notamment d'une aphasie, une récupération importante est souvent observé, surtout chez les sujets jeunes.

Certains nerfs crâniens sont particulièrement vulnérables et peuvent être lésés d'une manière parfois définitive. Une anosmie devra être recherchée dès que l'état de consciences le permet. Constaté seulement plus tard, au moment où se posent les problèmes d'indemnisation, ce signe, purement subjectif, peut-être d'interprétation difficile. Une paralysie oculomotrice, lorsqu'elle persiste après plusieurs moi, peut nécessiter une intervention correctrice, une paralysie faciale périphérique survient habituellement en association avec une fracture du rocher ; l'évolution est souvent régressive, surtout lorsqu'il s'agit d'une paralysie faciale apparue secondairement. Une surdité de perception, un syndrome vestibulaire peuvent être la conséquence d'une atteinte du VIII ou, plus souvent, de l'oreille interne.

2.2. Troubles cognitifs :

La persistance d'un syndrome amnésique plus ou moins sévère.

Un syndrome frontal parfois majeur, se traduisant par des modifications de la personnalité et du comportement, peut être la conséquence de foyers de contusion des pôles frontaux.

Les plaintes cognitives durables après un traumatisme crânien léger concernant le plus souvent la mémoire, l'attention et la concentration.

Un état dépressif post traumatique peut rendre compte de nombre des symptômes du syndrome commotionnel post traumatique.

Une démence véritable, allant de pair avec une atrophie cérébrale objectivée par l'imagerie.

2.3. Épilepsie post-traumatique :

Doit être distinguée des crises précoces, survenant à la phase aigüe du traumatisme crânien. Elle débute au cours des deux années qui suivent le traumatisme.

3. Traumatisme crâniens légers : (Syndrome post-commotionnel) :

Signifie un « traumatisme cérébral mineur », il survient à l'occasion d'un léger traumatisme crânien qui s'accompagne d'un état mental altéré transitoire allant d'un bref étourdissement à une perte de connaissance de quelques minutes. Les désignations d'un traumatisme cérébral léger et commotion sont utilisés de manière interchangeable pour décrire l'incident initial et non pas les symptômes subséquents. Le traumatisme cérébral léger (commotion) est causé par un traumatisme physique et non pas par un traumatisme psychologique ».³³

Un traumatisme crânien peut être qualifié de léger sur les critères suivants :

3.1. Score de Glasgow :

« Échelle clinique évalue la meilleure réponse que le blessé peut fournir lorsqu'on lui demande d'ouvrir les yeux (sur 4 points), de répondre à une question (sur 5 points), et d'exécuter un ordre simple (sur 6 points). La somme des trois chiffres obtenus fixe le degré d'atteinte de l'état de conscience du patient qui est inversement proportionnelle au chiffre obtenu. La réponse maximale est de 15 points (4+5+6, le patient a une vigilance normale), la réponse minimale est de 3 points (1+1+1, le patient est dans un état de coma

³³ J. Combier, M. Masson, neurologie, 13^{ème} édition, Elsevier MASSON, PARIS, 2012 p414-415.

aréactif). Il nous faut préciser qu'il n'y a aucun lien neurophysiologique ou neuro-anatomique entre l'ouverture des yeux, la réponse verbale, et la réponse motrice. Cette échelle sur 15 points est facile à utiliser par tous, car les trois paramètres choisis sont faciles à observer, à noter et cet examen clinique est facile à répéter. Noter qu'il n'y a pas de réponse zéro. Cette échelle de Glasgow est devenue une pratique universelle.

Le degré d'atteinte de la conscience fixe le degré de sévérité du trauma crânien aussi ils ont attribué une signification de :

- Trauma crânien léger si le GCS est à 15,14ou13.
- Trauma crânien moyen si le GCS est à 12, 11,10ou9.
- Trauma crânien grave si le GCS est à 8, 7, 6, 5, 4, ou3.

3.2. Amnésie post traumatique :

« Désigne la période au cours de laquelle existe, à l'issue du coma, une confusion mentale avec amnésie antérograde et rétrograde de durée longue. Au sortir de l'amnésie post-traumatique, les traumatismes crâniens peuvent souffrir de troubles mnésiques d'intensité variable. »³⁴

3.3. Absence de lésion décelable par scanner :

Lorsqu'un patient est admis en SAU (service d'accueil des urgences) pour cette étiologie, l'objectif principal de l'urgentiste est d'identifier les patients à risque de lésions crânio-cérébrales en se fondant sur des critères

³⁴http://www.unilim.fr/campus-neurochirurgie/article.php3?id_article=165&artsuite=2 consulter le 27/04/18.

anamnestiques et cliniques. L'examen de référence pour la détection de ces lésions est le scanner (recommandation grade A) »³⁵

Le syndrome post commotionnel n'est pas l'apanage des traumatismes crâniens sévères. Ils sont même moins fréquents après les traumatismes crâniens légers qui représentent au moins 80% de traumatisme crâniens.

4. Les symptômes du traumatisme crânien :

4.1. Symptômes physiques :

1. Les céphalées post-traumatiques :

« Sont très fréquentes au décours immédiat du traumatisme, mais elles tendent ensuite à s'espacer et finissent généralement par disparaître. Cependant, il existe un risque de passage à la chronicité sous la forme d'accès marginaux ou, plus souvent, d'une céphalée de tension.

2. Les vertiges :

Sont rares, il s'agit de sensation vertigineuse mal définies avec impression de « tête vide », de déséquilibre, parfois de perte de connaissance imminente, souvent déclenchée par les changements de position, les mouvements brusques de la tête. Les premiers troubles surviennent souvent dans les suites immédiates du traumatisme, par exemple dès que le patient reprend la station debout, s'il a été soumis à une phase de repos au lit ; la marche est difficile et incertaine témoignant de la perturbation secondaire de la posture.

3. Les troubles visuels :

Les plaintes de la vue sont fréquemment, mais souvent difficiles à décrire. C'est une « fatigue » visuelle qui accompagne les difficultés d'attention, et rend la lecture, comme tout travail de près, pénible, même regarder la télévision

³⁵<https://francais.medscape.com/voirarticle/3600728> consulter le 27/04/18

devient désagréable. L'effort pour regarder entraîne souvent une vision floue sans dédoublement vrai des images, une crainte douloureuse de la lumière vive ou de la lumière artificielle, des céphalées se déclenchent à partir des yeux.

4. Les troubles auditifs :

Il faut distinguer les atteintes patentes de la fonction auditive avec la perception d'acouphène, de la gêne auditive avec intolérance au bruit, le sujet ne pouvant tolérer ni les bruits forts, ni les bruits multiples et complexes, ne pouvant ni se concentrer, ni fixer son attention dans une ambiance bruyante qui déclenche, dit-il, des céphalées.

5. Les perturbations de l'odorat et du goût :

Ils surviennent plutôt par le choc ayant intéressé l'occiput ou l'étage antérieur de la base du crâne. On peut penser qu'il existe effectivement des lésions objectives des filets nerveux traversant la lame criblée.

Leur fréquence est difficile à apprécier. La plainte n'est pas toujours claire et les preuves objectives sont très exceptionnellement demandées, car de très rares services en O.R.L. (oto-rhino-laryngologiste) peuvent y parvenir. Le trouble n'est pas seulement une anosmie complète mais aussi une hyposmie, et plus exceptionnellement une cacosmie. L'agueusie ou plus souvent la diminution des capacités gustative est couramment associée au trouble de l'odorat. Il peut exister des perturbations dont le patient n'a pas conscience. Ces troubles peuvent être décalés de plusieurs mois par rapport au traumatisme et persister également pendant des mois ou des années. La récupération spontanée est possible mais rare.

6. Les troubles de l'expression orale :

Le sujet se plaint d'avoir du mal à s'exprimer et à prononcer les mots. De fait, il a tendance à peu parler et à se replier sur lui-même.

7. Les troubles du sommeil :

Il s'installe très rapidement une insomnie qui peut prendre toutes les modalités possibles. Difficultés d'endormissement et éventuels réveils nocturnes. Lorsque le sujet a gardé un souvenir émouvant de l'accident subi, il peut se produire des rêves effrayants, reproduisant les circonstances dramatiques de celui-ci et qui peuvent entraîner des réveils. Ce sont les rêves répétitifs qui font partie du tableau de la névrose traumatique mais il ne faut pas en surestimer la fréquence.

4.2. Les symptômes cognitifs :

Les troubles cognitifs prédominent dans les traumatismes graves, mais sont présents aussi à condition de les chercher dans les traumatismes d'intensité moyenne ou faible, et ce, d'autant plus que la phase de confusion ou d'amnésie post-traumatique a été prolongée et que le sujet est âgé.

1. Les troubles de la mémoire :

Ce sont les plus fréquentes, correspondant soit au manque du mot soit à des oublis dans la vie de tous les jours. La défaillance de la mémoire est souvent mise à la place de toutes les difficultés intellectuelles. Souvent, il y a un mélange avec les autres troubles directement liés à l'accident et au traumatisme crânien.

2. Les troubles de l'attention :

Elles sont moins souvent directement signalées. Il faut parfois poser des questions. Le sujet se plaint beaucoup plus d'une insomnie que d'une somnolence diurne qui survient presque à son insu. C'est plus à la reprise de l'activité professionnelle que le sujet perçoit qu'il ne peut plus fixer son attention ou se concentrer sur son travail. Parfois, il explique sa difficulté pour la lecture ou une activité intellectuelle par le déclenchement des céphalées et toute autre gêne corporelle. La difficulté à prolonger l'effort intellectuel est parfois vécue comme une instabilité, une irritabilité caractérielle dans d'autres cas comme la perte des capacités antérieures, plus ou moins intriqué avec les pertes de mémoire. »³⁶

4.3. Les symptômes émotionnels :

1. Irritabilité :

« L'irritabilité peut être définie comme une réactivité excessive avec accès de colère non justifié. Ce terme est utilisé dans de nombreuses catégories du DSM sans définition propre. L'humeur irritable est définie dans le DSM-IV comme "facilement contrarié et mis en colère". Il s'agit par exemple d'une caractéristique de l'épisode majeur dépressif qui se manifeste par une colère persistante, une tendance à répondre aux événements avec des accès de colère, en accusant les autres, avec un sentiment de frustration exagéré pour des raisons mineures. L'irritabilité est la principale composante de l'hostilité.

2. Anxiété :

« Les traumatisés deviennent des anxieux, ils ont toujours l'impression qu'un drame va survenir (danger imprécis mais imminent). Selon L. Crocq

³⁶ G.Ferrey, *abord psychosomatique des traumatisés crâniens*, éd MASSON, Paris, Milan, Barcelone.1995. P94-101.

(1999), « ils vivent dans un état de tension anxieuse inter critique, ils ne sont plus capables de vivre sans souci ni crainte »

3. Dépression :

Le traumatisé sombre dans un état dépressif (épisodes dépressifs majeurs, deuils traumatiques). La dépression peut se manifester à travers un moral bas et une perte d'intérêt pour des activités que le sujet aimait pratiquer auparavant. La vie devient sombre. Ces états dépressifs peuvent être très intenses et peuvent donner lieu à des idées suicidaires. »³⁷

5. Prise en charge thérapeutique :

« Il n'existe pas, bien entendu une thérapeutique des conséquences neuropsychiques des traumatismes crâniens, mais un ensemble d'attitudes thérapeutiques non obligatoirement assumées par le même soignant et qui devraient toutes contribuer à l'amélioration de l'état de blessé.

On se trouve donc bien contraint de « prendre en charge » le blessé, c'est-à-dire de lui demander d'exprimer sa souffrance, de l'écouter, d'avoir recours si besoin à des explorations complémentaires divers, de le conseiller dans les conséquences sur la vie sociale, de lui prescrire arrêts de travail ou mesures de rééducation, d'accepter de rédiger des certificats témoignant de façon objective de son état, de refuser certaines de ses exigences, d'ordonner certains médicaments et enfin de prolonger l'écoute et le soutien jusqu'à ce que le patient s'estime guéri ou stabilisé.

On doit tenir compte également des conditions dans lesquelles va s'exercer une reprise de travail :

³⁷ Article : le stress post traumatique quand le choc choque, 2001.

4. Les plaintes en ce qui concerne l'équilibre sont bien entendu difficilement compatibles avec les métiers d'équilibre, mais aussi lorsque des efforts prolongés sont nécessaires en position debout.
5. Les céphalées, les difficultés de concentration intellectuelle, les troubles de mémoire, la fatigue oculaire à la lumière et à la fixation rapprochée sont particulièrement gênantes pour les métiers de bureau, le travail sur micro-ordinateur, l'effort intellectuel des métiers de conception. On citera que tous ces troubles sont aggravés dans le bruit, et par le contact de la clientèle et surtout du public.
6. L'insomnie parfois accompagnée de somnolence diurne, entraîne la fatigue et les réveils matinaux précoces, la gêne à la conduite automobile, l'intolérance générale en milieu de travail.
7. Les crises d'angoisse, les phobies sociales sont à l'origine d'un repli sur soi-même que les troubles caractériels et l'irritabilité dans les relations avec les autres.

On comprend donc tous les aléas de la décision de reprise du travail qui dépend obligatoirement de la bonne volonté du sujet à lutter contre les troubles qu'il ressent pour reprendre malgré tout son activité. »³⁸

Conclusion

Au total, la traumatologie crânienne est un ensemble complexe. Une prise en charge rigoureuse des malades traumatisés crâniens est nécessaire dès l'arrivée du malade aux urgences, si possible au cours du ramassage, elle améliore nettement le pronostic de ces patients et fera sensiblement baisser la

³⁸ G. Ferrey, *abord psychosomatique des traumatisés crâniens*, éd MASSON, Paris, Milan, Barcelone. 1995. P234-235.

morbidity et la mortalité inhérente à cette pathologie qui reste malheureusement l'une des causes de décès les plus fréquentes en milieu chirurgical.

Les difficultés qu'engendre cette pathologie pour le patient et sa famille, l'incertitude de l'avenir, font dire que pour eux : « le pire est toujours devant ». »³⁹

³⁹F. LAPIERRE. M. WAGER, Traumatismes crâniocéphaliques.pdf

CHAPITRE IV

Introduction

Afin de réaliser une recherche scientifique il faut se s'appuyer sur une méthodologie bien déterminée avoir un terrain de recherche, une population d'étude et des outils d'investigations. Cette étape est très importante elle permet de guider et cerner notre travail.

Afin de vérifier et de répondre aux hypothèses de notre thème qui est « la sinistrose chez le malade traumatisé crânien » nous nous sommes basés sur la démarche clinique, nous avons appliqué un entretien clinique et pour compléter notre recherche on a utilisé l'échelle de dépression d'Hamilton.

1. Présentation de lieu de la recherche :

Notre recherche a été effectuée au niveau de l'hôpital Issad Hassani qui se situe à Beni Messous à Alger, exactement dans le service médecine du travail.

Nous avons pu trouver le second cas par l'intermédiaire d'une personne, et non pas au sein de l'hôpital, ce qui explique l'absence du cadre thérapeutique.

2. Les objectifs de la recherche :

- Obtenir notre diplôme.

3. La démarche clinique

Afin de vérifier nos hypothèses, on s'est basée sur la démarche clinique

Pour LAGACHE (1949) : « la méthode clinique envisager la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet au prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits. »⁴⁰

4. Le groupe d'étude :

Cas	Age	Niveau scolaire	Profession	Maladie
Farés	54	CEM	Agent polyvalent	Poly traumatismes
Lamri	57	/	Maçon	-Traumatisme crânien -ulcère gastrique

5. Les difficultés rencontrées au cours de choix des cas cliniques :

1. Manque de la documentation et des ouvrages traitant la sinistrose et le traumatisme crânien au sein de notre bibliothèque
2. La rareté des cas ce qui nous a poussées à chercher hors Willaya.
3. Le stage était gelé, ce qui nous à causer une immense perte de temps.

6. Les techniques de la recherche :

⁴⁰ Chahraoui KH. Bénony .H, méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique, paris, éd Dunod, 2003.p13

6.1. L'entretien clinique :

« L'entretien clinique de recherche et de production d'information. Il s'agit d'un dispositif par le quel une personne A favorise la production d'un discours d'une personne B pour obtenir des informations inscrites dans la biographie de la personne B. L'entretien permet d'étudier les faits dans la parole est le vecteur principal (étude d'actions passées, de savoirs sociaux, des systèmes de valeurs et normes,...Etc.). Ou encore d'étudier le fait de parole lui-même (analyse des structures discursives, des phénomènes de persuasion, argumentation, explicitation). »⁴¹

6.2. L'entretien semi-directif :

L'entretien semi-directif ou le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit ». ⁴²

Notre entretien semi-directif on l'a entamé avec le premier patient avec la langue « arabe », et le second patient avec sa langue maternelle « kabyle » en suivant un guide d'entretien que nous avons élaboré dans un but bien précis qui consiste à obtenir des informations sur nos patients, afin de vérifier nos hypothèses.

6.3. L'observation :

« Est une manière de recueillir des données qui peut être utilisée comme outils unique ou complément d'autres outils de recherche.»⁴³

⁴¹Chahraoui KH. Bénony .H, *Méthodes, évaluation et recherche enpsychologie clinique*, Paris, édition Dunod, 2003. P23.

⁴² Chahraoui KH. Bénony, *l'entretien clinique*, paris, édition Dunod, 1999. P65.

⁴³Yvan Abrenot, Jean Ravestein, *Réussir son master en sciences humaines et sociales*, Dunod, Paris, 2009, p107

6.4. Guide d'entretien :

« Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématique à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance toutefois celle-ci ne sont pas posées d'une manière directe. S'agit d'avantage de thèmes à abordée que le chercheur connaît bien. »⁴⁴

Ce guide d'entretien qu'on a élaboré contient deux axes, chaque axe comprend plusieurs questions qui permettent de répondre à notre thème de recherche.

Notre deuxième outil dans cette recherche est l'échelle de dépression d'Hamilton.

6.5. Echelles de dépression d'Hamilton :

« Cette échelle est conçue par Hamilton à partir des années 1960, elle est utilisée par les professionnels de la santé (psychiatre, psychologue), cette échelle est utilisée pour évaluer l'intensité des symptômes dépressifs. Elle peut être appliquée chez tous les adultes, y compris les personnes âgées, il existe deux versions comprenant 17 ou 21 questions dont chacune propose 3 à 5 choix de réponses en ordre croissant de sévérité.

Les 21 questions évaluent chacune un symptôme particulier :

1. L'humeur dépressive (tristesse, désespoir).
2. La culpabilité.
3. Les idées suicidaires.
4. Les troubles du sommeil.
5. Le travail et les activités en général.
6. Le ralentissement de la pensée et du langage.
7. L'agitation.

⁴⁴ Chahraoui KH. Bénony, l'entretien clinique, Paris, édition Dunod, 1999.P68, 69.

8. L'anxiété psychologique et physique.
9. Les symptômes somatiques.
10. L'activité sexuelle.
11. L'hypocondrie.
12. L'amaigrissement.
13. Le regard du patient sur son propre état.
14. Les variations dans la journée.
15. La dépersonnalisation et la déréalisation.
16. Les symptômes délirants.
17. Les symptômes obsessionnels et compulsifs.

Les notes correspondant aux quatre dernières questions (de 18 à 21) ne sont pas toujours incluses dans la note totale. Plus la note est élevée, plus la dépression est grave.

18. De 0 à 7 points : non dépressifs.
19. De 8 à 16 points : symptômes dépressifs légers.
20. De 17 à 23 points : symptômes dépressifs modérés.
21. De 24 à 52 points : symptômes dépressifs sévères.»⁴⁵

⁴⁵(<https://depression.ooreka.fr/astuce/voir/609611/echelle-d-hamilton>). Consulté le 28/04/2018 à 16 :30.

Conclusion

Dans chaque recherche scientifique la partie méthodologique est indispensable, ainsi l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique est nécessaire. Cette recherche nous a permis d'apprendre l'utilisation des techniques à suivre, vu l'échelle de dépression d'Hamilton et le guide d'entretien qui nous a permis de recueillir des informations sur les sujets traités.

CHAPITRE V

Introduction

Ce dernier chapitre indique la partie pratique qui englobe les résultats qu'on a obtenus durant notre recherche. L'ensemble de la population trouvée était deux cas pour lesquelles on a fait passer un guide d'entretien et l'échelle de dépression d'Hamilton. Ce travail va nous permettre d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

1. Les données cliniques :

1. Première vignette clinique : Mr Farés.

Agé de 54ans, marié, père de trois enfants, niveau d'instruction (secondaire), il travaille comme agent polyvalent dans une entreprise privée de construction de bâtiments.

Anamnèse médicale : (nous avons retiré ces informations du dossier médical du patient sus indiqué, à l'hôpital ISSAD Hassani béni -messous Alger service de médecine du travail).

- « En 22/04/2012 : vaccination BCG, vision sans correction (10/10. 10/10). Neuropsychisme est bon.
- « En 09/01/2014 : vision sans correction (9/10. 10/10), Neuropsychisme est bon ».
- « En 18/11/2016 : Mr Farés a subi un accident du travail, d'après le certificat médical de constatation de coups et de blessures, il souffre :
 - Traumatisme crânio facial à l'origine de multiples excoriations siégeant au niveau du front, de l'arcade sourcilienne et du nez.
 - Un œdème de la région occipital droite.
 - Traumatisme du cou à l'origine d'une contusion traité par un collier.

- Traumatisme du thorax à l'origine d'une contusion au niveau de l'hémothorax gauche avec une plaque ecchymotique de la face antérieure de l'hémothorax gauche traitée par elastoplaste.
- Traumatisme du membre inférieur gauche à l'origine d'une contusion de genou et de la jambe gauche avec perte de substance de 02 cm de diamètre à la face antérieure du genou gauche.
- Une ecchymose des parties molles à objectiver une cellulite de genou gauche associé à un épanchement intra articulaire super quadricepsital et latérale interne.
- Un scanner du genou gauche à objectiver une fracture simple postérieure du plateau tibial entendue au massif inter épineux avec discret enfoncement intra-quadricepsital et latéral, cette blessure à nécessité un traitement orthopédique par une immobilisation plâtrée cruro-pédieux.

L'état de santé de Mr Farés nécessite un arrêt du travail de 10 jours à dater du 18/11/2016 jusqu'au 28/11/2018 ».

- « En 18/12/2016 : Mr Farés à fait un IRM cervicale en utilisant deux techniques d'examen (coupes sagittale, coupes axiales), en conclusion il souffre d'hernie discale en C4-C5 avec conflit disco-médullaire et souffre en C6-C7 sans conflit disco-médullaire sur discopathies dégénératives étagées ».
- « En 16/07/2017 à ce jour-là : certificat médical de rechute », le patient il s'est présenté à l'hôpital au service de médecine du travail, il a demandé un certificat médical de reprendre son travail.
- « En 17/11/2017 : Mr Farés a reçu un procès-verbal après sa revendication d'une réparation financière suite à son accident, en le

notifiant qu'il était consolidé le 21/05/2017 avec un taux d'IPP de 0%, à cet effet il y'aura lieu de signaler que le droit au recours se fera après notification des services de la CNAS ».

- « En 20/11/2017 : certificat médical d'un trouble post traumatique chronique compliqué de dépression secondaire à un accident de travail sous traitement : Tegretol 200mg, Atrax 25mg, Depretine 20mg. »
- « En 05/02/2018 : Mr Farés est sous un traitement psychiatrique » :
*Depretine 20mg (pendant un mois) *Surmontil 30 Ml (QSP : un mois)
- « En 26/03/2018 : vision sans correction (l'œil droit 7/10, 10/10), Neuropsychisme (sommeil) Mr Farés est sous traitement neuroleptique ».

1.1. Analyse de la vignette clinique Mr Farés :

Lors de l'entretien, Mr Farés se présente avec une tenue vestimentaire correctement mise, propre, avec une mimique anxieuse.

Axe 2 : informations concernant la sinistrose :

Selon Mr Farés, son responsable n'a rien avoir avec l'accident, d'après lui c'est le destin qui a jouer sa carte, Mr Farés a prit 10 jours du repos suite à l'accident du travail qu'il a subit, en suite il a repris son travail le plus normalement du monde pendant un mois, mais il n'a pas pu résister plus, alors il a prit un autre arrêt du travail pendant trois mois fait par le service de médecine légale, en suite pendant deux mois. Après la consultation chez le psychiatre, ce dernier décide de lui rajouter 21 jours, mais son chef lui accordés qu'une semaine. Mr Farés à demander de reprendre son travail parce qu'il a marre des vas et viens.

Il a déposé une plainte judiciaire pour que l'état le rembourse, ils l'ont notifié qu'il était consolidé le 21/05/2017 avec un taux d'IPP de 0%, en dépit du refus du remboursement, il n'a pas l'intention de déposer une autre plainte.

Axe 3 : information concernant le traumatisme crânien :

Mr Farés se rappelle de tout ce qui s'est passé avant et après l'accident, sa mémoire est intacte après deux ans il a développé un trouble visuel concernant l'œil droite.

Concernant le sommeil, il ne souffre d'aucune insomnie ni au début de la nuit ni au milieu, ni du matin parce qu'il est sous traitement neuroleptique.

Il n'était jamais hospitalisé dans toute sa vie, même après l'accident du travail il n'était pas hospitalisé. Suite à sa consultation psychiatrique, son médecin traitant lui a prescrit deux sortes de médicaments *Depretine 20mg (pendant un mois) *Surmontil 30 Ml (pendant un mois).

Selon Mr Farés « ce qui a rendu ma maladie difficile et compliqué et mon atteinte d'une hernie cervicale qui transmet une masse au niveau de mon bras jusqu'à ma tête, ça me paralyse vraiment, je ressens si comme c'est un tremblement de terre qui envahit ma tête. »

Mr Farés n'a jamais présenté aucune maladie organique, ni psychologique et selon ses dires il n'a jamais été hospitalisé il dit « si la grippe me tient je préfère-les remèdes naturelles tel que la tisane, le miel que d'aller consulter un médecin ».

Axe 4 : information concernant l'état psychologique :

M^r Farés souffre des troubles de la mémoire il dit « j'oublie mes rendez-vous, l'endroit où je mis mes clés mon téléphone.

1.2. Analyse du guide d'entretien de la première vignette clinique :

Mr Farés présente une dépression, il est complètement désespéré il dit « je suis vraiment désespéré, triste ». Cette humeur dépressive envahit la vie quotidienne du sujet, colore l'ensemble de ses pensées, de son éprouvé, de sa perception de l'environnement et de son rapport au monde, tout ce qui arrive à la conscience du sujet se voit attribuer une connotation négative, noire, pénible et douloureuse.

J'ai constaté d'après ses dires qu'il souffre d'anhédonie, qui se caractérise par une perte des intérêts, du goût et des plaisirs habituels. Le sujet ne recherche plus les sources habituelles de plaisir et de détente, il dit « je te jure par le bon dieu que je peux faire des dégâts, je n'ai pas peur de personnes, je n'ai rien à perdre, moi j'ai décidé le jour de l'accident, si ils me tirent une balle dans le crâne, ça m'intéresse pas »

L'image que le sujet a de lui-même est altérée, ne se sent pas à la hauteur, éprouve un sentiment de perte de l'estime de soi.

M^r Farés souffre de troubles mnésiques, ce sont des simples oublis (oubli d'un rendez-vous, de ses clés, le nom du son voisin), des trous de mémoire que nous connaissons tous. En revanche, les troubles de la mémoire sont plus graves et surviennent brutalement en cas de traumatisme crânien ou maladie aiguë.

1.3. Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'Hamilton :

L'échelle de dépression d'Hamilton :

1.12 **Dépression**

Première vignette clinique de M^r Fares - 54 ans

1.12.1 **Échelle d'Hamilton (hétéro-évaluation)***
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Principe :

Il est recommandé d'utiliser les questions mentionnées à gauche de chaque item pour guider l'entretien. Il est préférable que la première question pour chaque item soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. En général elle suffit à informer sur le symptôme exploré par l'item concerné.

A

Guide d'entretien
(HDRS)

Commencer l'entretien par la question initiale suivante : « J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière ».

1] Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)

Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ?

- Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ?
- Triste ? Désespéré(e) ?
- Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e) ?
- Chaque jour ? Pendant toute la journée ?
- Vous est-il arrivé de pleurer ?

2] Sentiments de culpabilité

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ?

- Si oui : quelles ont été vos pensées ?
- Vous êtes senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ?
- Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre dépression ?
- Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ?

B

Grille d'évaluation
(HAM D - 21)

Pour chacun des items, choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

1] Humeur dépressive : (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement et spontanément
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

2] Sentiments de culpabilité

- 0 Absent
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

A	B
<p>3] Tendances suicidaire <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort?</p> <p>- Avez-vous eu envie de vous faire du mal?</p> <p>- Si OUI: à quoi avez-vous pensé exactement?</p> <p>- Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal?</p>	<p>3] Suicide <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Absent</p> <p>1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue</p> <p>2 Souhaite être mort ou équivalent: toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même</p> <p>3 Idées ou geste de suicide</p> <p>4 Tentatives de suicide (côté 4 toute tentative sérieuse)</p>
<p>4] Insomnie lors de l'endormissement <input type="checkbox"/></p> <p>Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine?</p> <p>- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e)?</p> <p>- Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir?</p> <p>- Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit?</p>	<p>4] Insomnie du début de la nuit <input type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté à s'endormir</p> <p>1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir: par exemple de mettre plus d'une demi-heure</p> <p>2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir</p>
<p>5] Insomnie au milieu de la nuit <input type="checkbox"/></p> <p>Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit?</p> <p>- Si OUI: vous êtes-vous levé(e)? Qu'avez-vous fait? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes?</p> <p>- Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement?</p> <p>- Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits?</p>	<p>5] Insomnie du milieu de la nuit <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit</p> <p>2 Il se réveille pendant la nuit (coté 2 toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf pour uriner)</p>
<p>6] Insomnie du petit matin <input type="checkbox"/></p> <p>Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite)?</p> <p>- Si TRÈS TÔT: est-ce à cause d'un réveil matin ou vous réveillez-vous spontanément?</p> <p>- À quelle heure vous réveillez-vous habituellement (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé)?</p>	<p>6] Insomnie du matin <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort</p> <p>2 Incapable de se rendormir s'il se lève</p>
<p>7] Travail et activités <input type="checkbox"/></p> <p>Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler)?</p> <p>- Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses?</p> <p>- Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire? Si OUI: pourquoi?</p> <p>- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience?</p>	<p>7] Travail et activités <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente</p> <p>2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)</p> <p>3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. À l'hôpital: coter 3 si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités, aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)</p> <p>4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. À l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune activité que les tâches de routine de la salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé</p>

A	B
<p>8] Ralentissement de la pensée, du langage <input type="checkbox"/></p> <p>- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien</p>	<p>8] Ralentissement: (lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration; baisse de l'activité motrice) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Langage et pensée normaux 1 Léger ralentissement à l'entretien 2 Ralentissement manifeste à l'entretien 3 Entretien difficile 4 Stupeur</p>
<p>9] Agitation <input type="checkbox"/></p> <p>- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien</p>	<p>9] Agitation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucune 1 Crispations, secousses musculaires 2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc. 3 Bouge, ne peut rester en assis tranquille 4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres</p>
<p>10] Anxiété (psychique) <input type="checkbox"/></p> <p>Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine?</p> <p>- Vous êtes-vous inquiété(c) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(c) en temps normal? - Si OUI: quelles choses, par exemple?</p>	<p>10] Anxiété psychique <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucun trouble 1 Tension subjective et irritabilité 2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs 3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage 4 Peurs exprimées sans qu'on pose des questions</p>
<p>11] Anxiété (somatique) <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants?</p> <p>Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme:</p> <p>- Avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration? - À quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(c) au cours de la semaine dernière? Ont-ils été très intenses? Les avez-vous ressentis souvent? À quelle fréquence? - Note: n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.</p>	<p>11] Anxiété somatique: Concomitants physiques de l'anxiété tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations) - Cardiovasculaire (palpitations, céphalées) - Respiratoires (hyper ventilation, soupirs) - Pollakiurie - Transpiration <p>0 Absente 1 Discrète 2 Moyenne 3 Grave 4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle</p>
<p>12] Symptômes somatiques (gastro-intestinaux) <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine?</p> <p>- Était-il comparable à votre appétit habituel? - Avez-vous dû vous forcer à manger? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger?</p>	<p>12] Symptômes somatiques gastro-intestinaux <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucun 1 Perte d'appétit, mais mange sans être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale 2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitation du personnel. Demande où a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques</p>

A	B
<p>13] Symptômes somatiques (généraux) 2 Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ? - Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ? - Avez-vous ressenti des douleurs dans les membres, le dos ou la tête ?</p>	<p>13] Symptômes somatiques généraux 0 Aucun 1 Lourdeurs dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité 2 Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net</p>
<p>14] Symptômes génitaux 4 Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ? - Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine. - Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ? - Avez-vous beaucoup pensé au sexe ? - Si NON : est-ce habituel pour vous ?</p>	<p>14] Symptôme génitaux tels que : perte de la libido; troubles menstruels 0 Absent 1 Légers 2 Graves</p>
<p>15] Hypochondrie 4 Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ? - Vous plaignez-vous souvent de votre état physique ? - Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même ? - Si OUI : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé ?</p>	<p>15] Hypochondrie 0 Absente 1 Attention concentrée sur son propre corps 2 Préoccupations sur sa santé 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc. 4 Idées délirantes hypochondriaques</p>
<p>16] Amaigrissement 0 Avez-vous perdu du poids récemment ? Si OUI : combien ? - En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez dans vos vêtements ?</p>	<p>16] Perte de poids : (coter soit A, soit B) A (d'après les dires du malade) 0 Pas de perte de poids 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle 2 Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) B (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées) 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine</p>
<p>17] Intuition du patient sur son propre état 0 - Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.</p>	<p>17] Prise de conscience 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade 1 Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. 2 Nie qu'il est malade</p>
<p>Total des 17 items <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>Total des 17 premiers items <input style="width: 50px;" type="text"/></p>

8 8

A	B
	<p>18] Variations dans la journée 2</p> <p>A Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il n'y a pas de variations diurnes, indiquer: aucune.</p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Plus marqués le matin</p> <p>2 Plus marqués l'après-midi</p> <p>B Quand il y a une variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.</p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Légère</p> <p>2 Importante</p> <p>Inscrire dans la case la note 18 B.</p>
	<p>19] Dépersonnalisation et déréalisation: (par exemple que le monde n'est pas réel; idées de négation) 3</p> <p>0 Absente</p> <p>1 Légère</p> <p>2 Moyenne</p> <p>3 Grave</p> <p>4 Entraînant une incapacité fonctionnelle</p>
	<p>20] Symptômes délirants: (persécutifs) 3</p> <p>0 Aucun</p> <p>1 Soupçonneux</p> <p>2 Idées de référence</p> <p>3 Idées délirantes de référence et de persécution</p>
	<p>21] Symptômes obsessionnels et compulsions 0</p> <p>0 Absents</p> <p>1 Légers</p> <p>2 Graves</p>
	<p>Total des 21 items 24</p>
<p><i>Références :</i></p> <p><i>Williams J.B., 1988. Guelfi J.D.,</i></p> <p><i>Criquillon-Doulet S., 1992.</i></p> <p><i>Fleck M.P. et al., 1994.</i></p> <p>*Traduction française par J.D. Guelfi</p>	

1.4. Analyse psychométrique :

Les résultats obtenus dans l'échelle d'Hamilton indiquent que le sujet est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les énoncés existants dans l'échelle d'Hamilton de cas de Mr Farés sont considérés comme signes indicateurs de dépression.

Nous remarquons que la majorité des scores se trouvent entre 3 et 2, c'est-à-dire que plusieurs signes montrent le cas dépressif du sujet.

A l'item N° 1 concernant l'humeur dépressive qui compte un score de 4, nous remarquons que le sujet ne communique pratiquement ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales (expression faciale, son attitude, ses yeux brillantes).

A l'item N°2 concernant le sentiment de culpabilité le sujet s'adresse des reproches à lui-même.

A l'item N°3 qui indique que le sujet souhaite être mort.

A l'item N° 4 et N°5 et N°6 le sujet ne souffre pas d'insomnie ni au début de la nuit, ni au milieu de la nuit, et non plus d'une insomnie du matin parce qu'il est sous un traitement neuroleptique.

A l'item N°7 le sujet a perdu son intérêt pour les activités professionnelles.

A l'item N°8 ou j'ai constaté que le langage et la pensée sont normaux, le sujet ne souffre d'aucun ralentissement (ni lenteur de la pensée et ni langage).

A l'item N°9 concernant l'agitation où l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien, le sujet bouge, frappe sur le bureau.

A l'item N° 10 manifeste une attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage.

A l'item N°11 le sujet ne manifeste aucun symptôme physique provoqué par l'anxiété.

A l'item N°12 le sujet ne mange pas comme avant, mais il mange juste pour survivre.

A l'item N°13 le sujet ressent des lourdeurs dans les membres, au niveau de la tête et le cou, ressent aussi des douleurs musculaires, et une fatigabilité.

A l'item N°14 d'après le sujet y'a une légère modification de l'intérêt pour la sexualité

A l'item N°15, l'attention concentré sur son propre corps.

A l'item N°16 d'après les dires du patient et aussi d'après le dossier médical, le sujet n'a pas perdu son poids.

A l'item N°17 le sujet prends conscience qu'il est déprimé et malade.

A l'item N°18 ce qui concerne les symptômes sont plus marqués l'après-midi.

A l'item N°19 le sujet se dévalorise.

A l'item N°20 le sujet possède des idées délirantes de persécution.

A l'item N°21 le sujet ne manifeste aucuns symptômes obsessionnels compulsionnels.

1.5. Analyse clinique de la première vignette :

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle d'Hamilton M^r Farés présente une dépression sévère avec un total de 29 se centre sur le sentiment de dévalorisation, et la sensation du désespoir, et de la tristesse, et l'envie de mettre fin à sa vie, ce qui a accentué la gravité de sa dépression.

2. La deuxième vignette clinique :

Il s'agit de M^r Lamri âge de 58ans, marié, père de 11enfants (10filles et 1 garçon). M^r Lamri et un alphabète, c'est un maçon.

Anamnèse médicale : (nous avons retiré ces informations du dossier médical du patient sus indiqué dont il garde une copie chez lui)

- En 1/05/2003 M^r Lamri à subit un accident du travail d'après le certificat médical, le patient a souffert de 6 fractures crâniennes ; dans la clinique les LILAS ils lui y'on fait un scanner les résultats était comme suite :

Indication clinique : traumatisme crânien.

Résultat :

Au niveau de la fosse cérébrale postérieure :

Le 4^{ème} ventricule est médian de taille et de morphologie normale.

Absence de lésion en contraste spontané du tronc cérébrale et des hémisphères cérébelleux.

Citernes de la base libres non élargies.

A l'étage supra tentoriel :

Double fracture temporo-pariétale droite avec pneumocephalie et collection hématiche extradurale avec effet de masse sur le système ventriculaire homolatérale.

Fracture pariétal droite haute avec enfoncement.

Conclusion :

Double fracture temporo-pariétal droite avec hématome extradural en regard et effet de masse sur le ventricule latéral et pneumocephalie.

- 06/05/2003 le patient a été opéré pour un hématome extradural sous anesthésie général.
- En 24/04/2006 d'après la notification d'une décision de révision de rente délivrer par la CNAS. M^r Lamri présente un taux d'incapacité de 50% valable 1 ans.
- 24/08/2010 il a fait un examen médical et d'après son examen la CNAS à estimer qu'il va resté atteint d'une incapacité permanente pariétal évalué à 40% d'une durée de 3ans.
- 19/09/2010 M^r Lamri a fait un recours il a reçu un procès-verbal après sa revendication la CNAS à estimer un taux d'IPP de 40% d'une durée de 3ans sans augmentation de salaire.
- En 11/10/2010 M^r Lamri est titulaire d'une rente d'accident de travail de 40% montant mensuel 6 634.7.3. da
- 25/12/2010 M^r Lamri a fait une demande de recours à M^{r le} président de la CNAS de Bejaia à fin de revendiquer une réparation financière suite à son accident. Il a reçu un rejet de dossier.

- En 26/05/2013 il a fait un scanner (TDM cérébrale) à la demande de son médecin neurologue le résultat était:
 - Petite embarrure pariétal supérieur droite mesurant 6.8mm
 - Volet osseux, temporo-pariétal droit
 - Absence de collection extra ou intra parenchymateuse, décelable
 - Bonne différenciation substance blanche substance grise
 - Structure médiane en place
 - Système ventriculaire en place non dilaté
 - FCP () sans anomalie

Conclusion

- Absence de lésion parenchymateuse décelable
- Petite embarrure pariétal supérieur droite mesurant 6.8mm
- Absence de collection extra ou intra parenchymateuse, décelable
- Volet osseux, temporo-pariétal droit
- En 10/02/2014 M^r Lamri a fait un autre recours la décision de la CNAS
- Son traitement actuel :
 - Seronil 20 (fluoxetine 1gel/matin
 - Dogmatil 50 1cp 2/jour
 - Tanganil cp500 2cp 2/jour
 - Lomac 20 1gel le soir
 - Betaserc CP 24mg 1cp 2/jour

2.1. Analyse de la deuxième vignette :

Axe N°2 : information concernant la sinistrose :

Par rapport à la première question il y a une contradiction dans sa réponse M^r Lamri il dit « non je sais que c'est le destin et je dois le vivre on ne peut rien faire face la volonté de Dieu », « mon responsable nous a pas fourni des moyens

de sécurité en plus de ça il m'a volé par rapport à mon salaire si il me payait bien la CNAS aurait pu me rembourser une bonne somme»

Il n'a jamais repris le travail depuis son accident il dit « je ne peux pas travailler à cause des vertiges que j'ai »

M^r Lamri a déposé deux plaintes judiciaires, il n'a rien obtenu comme récompense il dit : «la justice me rejetait toujours mon dossier on me dit qu'on est entrain de vous rembourser la même somme que votre responsable vous payez auparavant » et il n'a jamais essayé de prendre un avocat à cause de son état financier il dit : « je suis un père d'une grande famille, je gagne que 16 mille DA et c'est vraiment peu et ça fait plus de 8 mois que je me suis pas retourné chez mon médecin à nos temps elle n'apporte rien cette somme, je veut pas perdre mon argent sur les avocats et laisser ma famille »

Axe N° 3 : informations concernant le traumatisme crânien :

M^r Lamri souvient toujours de ce qui s'est passé avant l'accident et après l'accident il dit «le jour de l'accident j'étais entrain de faire le trancher de la terre, il y avait 3 camions qui venaient d'amocho chargé de pierres et les jettent dans la rivière, l'un des camions à décharger son camion sur moi j'ai senti juste la première pierre et puis j'ai perdu conscience j resté au coma 6 jours dans la clinique les LILAS ensuite je suivis chez un neurologue privé jusqu'à aujourd'hui »

Après l'accident le patient à développer des troubles visuel et de gout des vertiges il dit «je ne vois pas de prés et j'ai perdu la sensation du gout je ressens juste quand je mange des sucrerait de fort dose de sucre, et si je reste au soleil pendant une longue durée ou une petite durée je perds conscience même quand je reste en position assis pendant une longue durée je perds conscience».

M^r Lamri présenté aussi des troubles du sommeil il dit « je dors juste 30 mn ou 1 heure puis je me réveille j'ai consulté un médecin il m'a préinscrit des médicaments mais mon état n'a pas amélioré ».

Mr Lamri à été hospitalier une fois dans sa vie il dit « je n'ai jamais rentré dans un hôpital sauf après l'accident que j'ai subi je suis resté dans le coma 7 jours et depuis je n'ai jamais retourné à l'hôpital je fais juste des consultations chaque 3mois chez mon neurologue privé à Sétif »

Le traitement actuel de M^r Lamri :

- Seronil 20 (fluoxetine 1gel/matin
- Dogmatil 50 1cp 2/jour
- Tanganil cp500 2cp 2/jour
- Lomac 20 1gel le soir
- Betaserc CP 24mg 1cp 2/jour

D'une durée de 3mois

Il dit « mon traitement m'affaiblit trop malgré j'ai changé de médecin 3fois c'est toujours les mêmes effets mais je préfère le traitement de mon médecin actuel »

M^r Lamri arrivé toujours à faire ces tâches quotidiennes seul il dit « vu que je ne travaille pas je fais rien et par rapport aux taches simple j'arrive à les faire seul »

Axe N°4 : informations concernant l'état psychologique :

M^r Lamri souffre des troubles de la mémoire il dit « j'oublie souvent ce que ma femme me demande d'acheter, et oublie souvent les gens. »

Il souffre aussi des troubles de la concentration il dit « ... non je peux pas me concentrer. »

2.3. Analyse de guide d'entretien de la deuxième vignette clinique :

Après avoir analysé notre entretien avec M^r Lamri, on a déduit qu'il souffre d'une dépression sévère, et un sentiment d'inquiétude envers ses enfants et leurs avenir vu sa situation financière, il dit : « 16 mille dinars ne peuvent rien faire pour 11 enfants ». Ce qui me rend plus triste c'est que je ne peux pas reprendre mon travail à cause des vertiges. On a constaté aussi que le sujet projette son accident sur son responsable parce qu'ils lui a pas fourni des moyens de sécurité et il le paye pas bien. Durant tout l'entretien le sujet était vraiment dans un état anxieux qu'on a observé dans son comportement comment il était assis et qu'il a exprimé verbalement on nous dit : « je ne peux pas rester longtemps dans le même endroit par exemple maintenant... ».

2.4. Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'Hamilton :**L'échelle de dépression d'Hamilton :**

1.12 **Dépression**

Deuxième vignette clinique de M^r Hamri - 58ans

1.12.1 **Échelle d'Hamilton (hétéro-évaluation)***
Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Principe :

Il est recommandé d'utiliser les questions mentionnées à gauche de chaque item pour guider l'entretien. Il est préférable que la première question pour chaque item soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. En général elle suffit à informer sur le symptôme exploré par l'item concerné.

A

Guide d'entretien
(HDRS)

Commencer l'entretien par la question initiale suivante: « J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière ».

1] **Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)**

Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée?

- Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e)?
- Triste? Désespéré(e)?
- Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e)?
- Chaque jour? Pendant toute la journée?
- Vous est-il arrivé de pleurer?

2] **Sentiments de culpabilité**

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres?

- Si oui: quelles ont été vos pensées?
- Vous êtes senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose?
- Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre dépression?
- Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition?

B

Grille d'évaluation
(HAMD-21)

Pour chacun des items, choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

1] **Humeur dépressive: (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)**

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement et spontanément
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement; par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

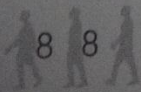
2] **Sentiments de culpabilité**

- 0 Absent
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

A	B
<p>3] Tendances suicidaire <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous eu envie de vous faire du mal? - Si OUI: à quoi avez-vous pensé exactement? - Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal? 	<p>3] Suicide <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Absent</p> <p>1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue</p> <p>2 Souhaite être mort ou équivalent: toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même</p> <p>3 Idées ou geste de suicide</p> <p>4 Tentatives de suicide (côté 4 toute tentative sérieuse)</p>
<p>4] Insomnie lors de l'endormissement <input type="checkbox"/></p> <p>Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e)? - Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir? - Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit? 	<p>4] Insomnie du début de la nuit <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté à s'endormir</p> <p>1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir: par exemple de mettre plus d'une demi-heure</p> <p>2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir</p>
<p>5] Insomnie au milieu de la nuit <input type="checkbox"/></p> <p>Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si OUI: vous êtes-vous levé(e)? Qu'avez-vous fait? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes? - Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement? - Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits? 	<p>5] Insomnie du milieu de la nuit <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit</p> <p>2 Il se réveille pendant la nuit (coté 2 toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf pour uriner)</p>
<p>6] Insomnie du petit matin <input type="checkbox"/></p> <p>Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Si TRÈS TÔT: est-ce à cause d'un réveil matin ou vous réveillez-vous spontanément? - À quelle heure vous réveillez-vous habituellement (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé)? 	<p>6] Insomnie du matin <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort</p> <p>2 Incapable de se rendormir s'il se lève</p>
<p>7] Travail et activités <input type="checkbox"/></p> <p>Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler)?</p> <ul style="list-style-type: none"> - Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses? - Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire? Si OUI: pourquoi? - Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience? 	<p>7] Travail et activités <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Pas de difficulté</p> <p>1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente</p> <p>2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)</p> <p>3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité. À l'hôpital: coter 3 si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités, aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)</p> <p>4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle. À l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune activité que les tâches de routine de la salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé</p>

A	B
<p>8] Ralentissement de la pensée, du langage <input type="checkbox"/></p> <p>- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien</p>	<p>8] Ralentissement: (lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration; baisse de l'activité motrice) <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Langage et pensée normaux</p> <p>1 Léger ralentissement à l'entretien <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>2 Ralentissement manifeste à l'entretien</p> <p>3 Entretien difficile</p> <p>4 Stupeur</p>
<p>9] Agitation <input type="checkbox"/></p> <p>- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien</p>	<p>9] Agitation <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Crispations, secousses musculaires</p> <p>2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.</p> <p>3 Bouge, ne peut rester en assis tranquille <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres</p>
<p>10] Anxiété (psychique) <input type="checkbox"/></p> <p>Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine?</p> <p>- Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal?</p> <p>- Si OUI: quelles choses, par exemple?</p>	<p>10] Anxiété psychique <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucun trouble</p> <p>1 Tension subjective et irritabilité</p> <p>2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs</p> <p>3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>4 Peurs exprimées sans qu'on pose des questions</p>
<p>11] Anxiété (somatique) <input type="checkbox"/></p> <p>Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants?</p> <p>Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme:</p> <p>- Avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration?</p> <p>- À quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la semaine dernière? Ont-ils été très intenses? Les avez-vous ressentis souvent? À quelle fréquence?</p> <p>- Note: n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.</p>	<p>11] Anxiété somatique:</p> <p>Concomitants physiques de l'anxiété tels que:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations) - Cardiovasculaire (palpitations, céphalées) - Respiratoires (hyper ventilation, soupirs) - Pollakiurie - Transpiration <p>0 Absente</p> <p>1 Discrète</p> <p>2 Moyenne <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>3 Grave</p> <p>4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle</p>
<p>12] Symptômes somatiques (gastro-intestinaux) <input type="checkbox"/></p> <p>Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine?</p> <p>- Était-il comparable à votre appétit habituel?</p> <p>- Avez-vous dû vous forcer à manger? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger?</p>	<p>12] Symptômes somatiques gastro-intestinaux <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>0 Aucun</p> <p>1 Perte d'appétit, mais mange sans être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale</p> <p>2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitation du personnel. Demande où a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques <input checked="" type="checkbox"/></p>

A	B
<p>13] Symptômes somatiques (généraux) Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée? - Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e)? - Avez-vous ressenti des douleurs dans les membres, le dos ou la tête?</p>	<p>13] Symptômes somatiques généraux 0 Aucun 1 Lourdeurs dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité 2 Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net</p>
<p>14] Symptômes génitaux Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine? - Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine. - Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression)? - Avez-vous beaucoup pensé au sexe? - Si NON: est-ce habituel pour vous?</p>	<p>14] Symptôme génitaux tels que: perte de la libido; troubles menstruels 0 Absent 1 Légers 2 Graves</p>
<p>15] Hypochondrie Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel)? - Vous plaignez-vous souvent de votre état physique? - Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même? - Si OUI: quoi, par exemple? Combien de fois est-ce arrivé?</p>	<p>15] Hypochondrie 0 Absente 1 Attention concentrée sur son propre corps 2 Préoccupations sur sa santé 3 Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc. 4 Idées délirantes hypochondriaques</p>
<p>16] Amaigrissement Avez-vous perdu du poids récemment? Si OUI: combien? - En cas de doute: avez-vous l'impression que vous flottez dans vos vêtements?</p>	<p>16] Perte de poids: (coter soit A, soit B) A (d'après les dires du malade) 0 Pas de perte de poids 1 Perte de poids probable liée à la maladie actuelle 2 Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) B (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées) 0 Moins de 500 g de perte de poids par semaine 1 Plus de 500 g de perte de poids par semaine 2 Plus de 1 kg de perte de poids par semaine</p>
<p>17] Intuition du patient sur son propre état - Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.</p>	<p>17] Prise de conscience 0 Reconnaît qu'il est déprimé et malade 1 Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. 2 Nie qu'il est malade</p>
<p>Total des 17 items <input style="width: 50px;" type="text"/></p>	<p>Total des 17 premiers items <input style="width: 50px;" type="text"/></p>



A	B
	<p>18] Variations dans la journée</p> <p>A Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il n'y a pas de variations diurnes, indiquer: aucune. 0</p> <p>0 Aucune X</p> <p>1 Plus marqués le matin</p> <p>2 Plus marqués l'après-midi</p> <p>B Quand il y a une variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.</p> <p>0 Aucune</p> <p>1 Légère</p> <p>2 Importante</p> <p>Inscrire dans la case la note 18 B.</p>
	<p>19] Dépersonnalisation et déréalisation: (par exemple que le monde n'est pas réel; idées de négation) 0</p> <p>0 Absente X</p> <p>1 Légère</p> <p>2 Moyenne</p> <p>3 Grave</p> <p>4 Entraînant une incapacité fonctionnelle</p>
	<p>20] Symptômes délirants: (persécutifs) 0</p> <p>0 Aucun X</p> <p>1 Soupçonneux</p> <p>2 Idées de référence</p> <p>3 Idées délirantes de référence et de persécution</p>
	<p>21] Symptômes obsessionnels et compulsions 1</p> <p>0 Absents X</p> <p>1 Légers</p> <p>2 Graves</p>
	<p>Total des 21 items 27</p>
<p><i>Références :</i></p> <p><i>Williams J.B., 1988. Guelfi J.D.,</i></p> <p><i>Criquillon-Doulet S., 1992.</i></p> <p><i>Fleck M.P. et al., 1994.</i></p> <p><i>*Traduction française par J.D. Guelfi</i></p>	

2.4. Analyse psychométrique :

Dans l'item N°1 « humeur dépressive » nous remarquons que le sujet « ces états affectifs, sont signalé verbalement et spontanément »

Dans l'item N°2 et N°3 « sentiment de culpabilité » et « tendance suicidaire » le sujet ne signale aucune culpabilité ni des idées suicidaire.

Dans l'item N°4, N5°et N°6 le sujet souffre d'insomnie au début de la nuit, au milieu et d'une insomnie du matin.

Dans l'item N°7 « travail et activité », nous avons coté 1 « pensées et sentiment d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente »

Dans l'item N°8 « ralentissement » le sujet présente un léger ralentissement par rapport à la faculté de concentration.

Dans l'item N°9 « agitation », le sujet bouge, ne peut ester en assis tranquille.

Dans l'item N°10 « anxiété psychique » le sujet présent une attitude inquiète apparente dans l'expression faciale et le langage.

Dans l'item N°11 « anxiété somatique » est moyen.

Dans l'item N°12 « symptômes somatique gastro-intestinaux » le sujet présenté des troubles de l'appétit «à des difficultés à manger en absence initiation du personnel. »

Dans l'item N°13 « symptômes somatique généraux » le sujet ressent une lourdeur dans les membres, dans la tête, le cou, douleur musculaire, perte d'énergie et fatigabilité.

Dans l'item N°14 « symptômes génitaux tel que la perte de la libido le sujet ne représente aucun trouble sexuel.

Dans l'item N°15 « hypocondrie » absence

Dans l'item N°16 « perte de poids » le sujet présente une perte de poids probable liée la maladie actuelle.

Dans l'item N° 17 « perte de conscience » le sujet reconnais qu'il est malade mais il l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus à un besoin de repos.

Dans l'item N°18, N°19 et N°20 on a noté un score de 0.

Dans l'item N°21 « symptômes obsessionnels et compulsions le sujet présente un léger symptôme obsessionnel.

2.5. Analyse clinique de la deuxième vignette clinique :

Suite à l'analyse des résultats de l'échelle de dépression d'Hamilton et de l'entretien clinique, le sujet présente une dépression sévère avec un total de 24, provoqué par sa maladie et les difficultés engendré par cette dernière.

3. Analyse global des deux vignettes cliniques :

L'étude porte sur deux sujets traumatisés crâniens qu'on subit un accident du travail en suite en développer une sinistrose et une dépression simultanément.

Ce qu'on a pu constater que suite à un accident du travail le traumatisé crânien sinistrosique, malgré ses blessures guéris, refuse de reprendre le travail tant que la réparation financière ne lui avait pas été accordée, au fil du temps il peut développer une dépression ce que peut lui aggraver la situation.

Selon l'analyse de l'entretien semi directif, et de l'échelle d'Hamilton avec Mr Farés présente une dépression sévère avec un total de 29 se centre sur le

sentiment de dévalorisation, et la sensation du désespoir, et de la tristesse, et l'envie de mettre une fin à sa vie, ce qui a accentué la gravité de sa dépression.

Selon l'analyse des résultats de l'échelle de dépression d'Hamilton et de l'entretien clinique de la deuxième vignette clinique, le sujet présente une dépression sévère avec un total de 24, provoqué par sa maladie et les difficultés engendré par ce dernier.

Selon notre recherche, on a constaté d'après les scores obtenus à travers l'échelle d'Hamilton que nos deux cas souffrent d'une dépression sévère.

4. Vérification des hypothèses opératoires :

Durant notre travail de recherche, nous avons cernés des objectifs dans le but de vérifier si la sinistrose peut engendrer une dépression et de mesurer le degré de la dépression et mesurer le degré de la dépression, chez eux, vu le manque des cas sinistrose et le manque d'information théorique ou à chercher hors willaya.

Pendant l'entretien clinique, nous avons remarqué que les deux cas sont d'une humeur triste, anxieux, des idées suicidaire par rapport au premier cas et le sentiment de dévalorisation ce qui expriment l'existence d'un état dépressif, engendré par leur maladie.

Pour pouvoir vérifier nos hypothèses sur le terrain qui est :

1. Un traumatisé crânien sinistrose peut développer une dépression suite à un accident du travail.
2. La sinistrose est une trouble psychologique qui met le patient dans une situation de revendication de bénéfice secondaire.

Nous avons effectué un entretien clinique semi-directif et nous avons demandées aux sujets concernes de répondre à l'échelle de dépression d'Hamilton.

A partir de l'analyse des résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle de dépression Hamilton nous avons obtenu les résultats suivants :

	Score	Degré de la dépression (intensité)
Farés	29	Sévère
Lamri	24	Sévère

Résultats des deux vignettes cliniques

Grace aux résultats du tableau ci-dessus nous pouvons constater que les deux sujets ont obtenu des normes se situent entre 24-29. Ce qui signifie qu'ils présentent une dépression sévère qui se justifier dans leurs comportements :

Ils sont tristes, anxieux, souffrent de la perte d'intérêt par rapport au travail, de la fatigue, des troubles de sommeil, des difficultés de concentrations, ajoutant les pensées et des désirs suicidaires par rapport au premier sujet.

Et d'après l'entretien les deux sujets se plaignent trop d'une réparation financière et des douleurs non expliquées comme le deuxième sujet n'a pas repris son travail depuis 15ans malgré sa situation familiale difficile.

On a constaté que la sinistrose ne figure pas dans les listes des maladies professionnelles reconnues en Algérie, et n'est pas reconnue officiellement par le jargon médical, il ne reste pas moins qu'elle fait partie du vocabulaire médical informel.

Ce qui nous a permis de confirmer que la sinistrose n'est pas reconnue en Algérie comme étant une maladie vu le manque des cas et des études à propos la sinistrose. D'après cette analyse, on constate que les deux cas présentent une dépression sévère engendrée par leurs accidents et le manque de réparation financière. Cela nous a permis de valider nos hypothèses.

CONCLUSION GENERALE

Conclusion général

Au début du XXe siècle Brissaud voulait faire de la sinistrose une catégorie psychiatrique légale légitime et d'utile recours dans le cadre de l'expertise. Au fond la sinistrose se trouvait résolu le problème de la classification des blessés du travail sans pour autant qu'on leur reconnaisse des droits « généraux » d'indemnisation.

La sinistrose connaîtra une notoriété dans le champ de l'expertise médico-légale mais contrairement aux intentions premières de son créateur.

La sinistrose, est un concept pas toujours très clair, malgré qu'il ait été décrit depuis de nombreuses années, suite à un accident du travail, on remarque justement que le temps de récupération est très long pour les blessures assurés et non assurés, l'attitude médicale, si elle est à la fois ferme et compréhensive, peut empêcher le sujet d'être victime de sa propre revendication ou de la suspicion de la mauvaise foi, le médecin pourra notamment expliquer au blessé la portée exacte de la loi.

Pour conclure, nous dirons que même si notre échantillon d'étude est très réduit, cette réduction de la population d'étude est involontaire parce que les traumatisés crâniens développant une sinistrose et simultanément une dépression sont très rare.

Notre objectif été de démontrer qu'un traumatisé crânien suite à un accident du travail peut développer une sinistrose, et c'est fort possible de manifester une dépression réactionnelle, ou bien d'aller jusqu'à une dépression chronique, et de comprendre à ce que la sinistrose est considéré comme étant une maladie professionnelle ou non.

Conclusion générale

Nous étions convaincus que nos hypothèses peuvent être valables et légitimes, nous nous sommes basé sur une méthode, nous avons utilisé un outil d'investigation, en faisant référence à l'échelle d'Hamilton pour l'évaluation clinique de la pathologie dépressive chez les traumatisés crâniens, pour but de mesurer le degré de la dépression.

Cette étude nous a permis de voir la souffrance que peut vivre nos sujets, mais elle restera néanmoins incomplète, espérant qu'il y aura d'autres recherches qui vont prendre plus en considération ce thème afin d'améliorer la vie de ceux qui souffrent de cette maladie et d'obtenir des résultats plus fiables. On souhaitait avoir pu donner quelque chose.

La liste bibliographique

La liste bibliographique :

I. Les ouvrages :

1. Alain Raix. (1994) « **maladies somatiques remaniements psychiques** », 'réflexions sur la sinistrose.
2. American psychiatric association. DSM.IV (2003). « **Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux** ». Paris. 4^{ème} édition MASSON.
3. American psychiatric association. DSM.V. (2013). « *diagnostique et statistique des troubles mentaux* ». Paris 5^{ème} édition ELSEVIER MASSON.
4. ALI AMAD, VINCENT CAMUS. (2014). « **référentiel de psychiatrie**», PUF.
5. Boris Cyrulnik, Marie France hirigoyen. (2016). « **stress, Burn-out, harcèlement moral** ».Paris. DUNOD.
6. Briffault et Xavier et al (2007). « **La dépression en savoir plus pour en sortir** ». édition Inpes.
7. Bartha Christina et al. (1999). « **La dépression : Guide à l'intention des personnes déprimées et leur famille** ». canada.
8. Charles- Siegfried Peretti. (2013). « **comprendre et soigner la dépression** » Masson.
9. Chahraoui KH. Bénony .H. (2003). « **méthodes, évaluation et recherche en psychologie clinique** », paris, édition Dunod.
- 10.Chahraoui KH. Bénony. (1999). « **l'entretien clinique** ». Paris. Edition Dunod.

11. Claude Louche. (2007). « **introduction a la psychologie de travail et des organisations** ». Paris. ARMAND COLIN.
12. F. Cohadon, JP Castel, E Richer, JM Mazaux, H Loiseau. (2000). « **les traumatisés crâniens** ». Paris. édition Arnette.
13. Guy Besançon. (1993). « **manuel de psychopathologie** ». Paris. DUNOD.
14. G.Ferrey. (1995). « **abord psychosomatique des traumatisés crâniens** ». Paris, milan, Barcelone. éd MASSON.
15. Henri Ey, Bernard, Brisset. CH. (1963). « **Manuel de psychiatrie** ». Paris. Masson.
16. J. combier, M. Masson. (2012). « **neurologie** ». Paris. 13^{eme} édition, Elsevier MASSON.
17. J.PALAZZOLO. (2007). « **dépression et anxiété** », édition MASSON.
18. Jean Louis Pardinielli, Bernoussi Amel. (2005). « **Les états dépressif** », Armand Colin.
19. Kachat.F. (1996). « **psychiatrie et psychologie médicale** », Boxer-Alger, entreprise nationale de livre.
20. Liliane MANNIG. (2012). « **la neuropsychologie clinique** », 2^e édition ARMAND COLIN.
21. T. LEMPERIERE, A.FELINE. (2006). « **psychiatrie de l'adulte** ». Paris. 2ième édition, Masson.
22. Yvan Abrenot, Jean Ravestein. (2009). « **Réussir son master en sciences humaines et sociales** ». Paris. Dunod.

II. Site web :

1. Le- déco des définitions.com. 11/12/2017.
2. http://www.opc-connaissance.com/mieux_vivre/travail.html [en ligne] (page consulté 19/02/2018 23h48)
3. <http://www.efficience-santeautravail.org/risques-professionnels.html> [en ligne] (page consulté 12/02/18 16h49)
4. www.inrs.fr [en ligne] (page consulté 12/02/18 14h13)
5. www.inrpr-dz.com [en ligne] (page consulté 12/02/18)
6. <https://www.m.topsanté.com> [en ligne] (page consulté le 25/02/2018)
7. <http://www.psychomedia.qc.ca/psychologie/2017-05-22/burn-out-recommandations-has-france> [en ligne] (page consulter le 16/05/18 a 15h21).
8. <https://medecinelegal.wordpress.com/2010/10/22/syndrome-subjectif/> [en ligne] (page consultée le 19/03/2018)
9. http://www.unilim.fr/campus-neurochirurgie/article.php3?id_article=165&artsuite=2 [en ligne] (page consulté le 27/04/18)
10. <https://français.medscape.com/voirarticle/3600728> [en ligne] page consulter le 27/04/18
11. <https://depression.ooreka.fr/astuce/voir/609611/echelle-d-hamilton> [en ligne] (Page Consulté le 28/04/2018 à 16 :30).
12. Cristina Ferreira, retour sur la sinistrose dite névrose de revendication. PDF. 09.2007.
13. Article : le stress post traumatique quand le choc choque, 2001.

III. Dictionnaire

1. Antoine, C, Delesalle T. (2003). « **Dictionnaire Médical** ». Larousse.
2. Jean François Dortier. (2004). « **le dictionnaire des sciences humaines, sciences humaines**».

ANNEXE

Annexe 1 :

Guide d'entretien :

Informations générales concernant le sujet :

- Nom
- Age
- Le niveau d'instruction
- La situation professionnelle
- La situation matrimoniale

Axe1 : Questions concernant la sinistrose

- Pensez-vous que votre responsable est coupable de votre accident ?
- Avez-vous repris le travail juste après votre rémission ?
- Avez-vous déjà déposé une plainte judiciaire concernant votre accident ?
- Avez-vous eu l'intention de le faire ?
- Avez-vous déjà pensé à prendre un avocat ?
- Votre entourage vous trouve-t-il plaintif ?

Axe2 : Questions concernant le traumatisme crânien

- Souvenez-vous de ce qui s'est passé avant l'accident ? et après l'accident ?
- Avez-vous développé après votre traumatisme crânien des troubles visuel, auditifs, le goût, l'odorat et/ou des vertiges ?
- Est-ce que dormez-vous facilement ? votre sommeil est-il réparateur ?
- Combien de fois vous-étiez hospitalisé à cause d'un traumatisme crânien ?

- Quel est votre traitement actuel ? et comment le vivez-vous ?
- Qu'est ce qu'est le plus difficile pour vous dans la maladie ?
- Avez-vous besoin d'autres personnes de votre entourage pour accomplir vos tâches quotidiennes ?

Axe 3 : questions concernant l'état psychologique

- Avez-vous des troubles de la mémoire ?
- Avez-vous remarqué après l'accident une diminution de votre intelligence ?
- Avez-vous des troubles de la concentration ?

1.12 Dépression

1.12.1 Échelle d'Hamilton (hétéro-évaluation) * Hamilton Depression Rating Scale (HDRS)

Principe :

Il est recommandé d'utiliser les questions mentionnées à gauche de chaque item pour guider l'entretien. Il est préférable que la première question pour chaque item soit posée exactement telle qu'elle est formulée ci-dessous. En général elle suffit à informer sur le symptôme exploré par l'item concerné.

A

Guide d'entretien (HDRS)

Commencer l'entretien par la question initiale suivante : « J'aimerais vous poser quelques questions au sujet de la semaine dernière ».

1] Humeur dépressive (tristesse, désespoir, autodépréciation)

Quelle a été votre humeur au cours de la semaine écoulée ?

- Vous êtes-vous senti(e) abattu(e) ou déprimé(e) ?

- Triste ? Désespéré(e) ?

- Au cours de la semaine dernière, combien de fois vous êtes-vous senti(e) ?

- Chaque jour ? Pendant toute la journée ?

- Vous est-il arrivé de pleurer ?

2] Sentiments de culpabilité

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement critique vis-à-vis de vous-même au cours de la semaine, en ayant l'impression de faire tout de travers ou de laisser tomber les autres ?

- Si oui : quelles ont été vos pensées ?

- Vous êtes senti(e) coupable d'avoir fait ou de ne pas avoir fait quelque chose ?

- Avez-vous pensé que vous étiez en quelque sorte la cause de votre dépression ?

- Avez-vous le sentiment que votre maladie est une punition ?

B

Grille d'évaluation (HAM D - 21)

Pour chacun des items, choisir la définition qui caractérise le mieux le malade et écrire dans la case la note correspondante.

1] Humeur dépressive : (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

0 Absent

1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet

2 Ces états affectifs sont signalés verbalement et spontanément

3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement ; par exemple par son expression faciale, son attitude, sa voix et sa tendance à pleurer

4 Le sujet ne communique pratiquement que ces états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales

2] Sentiments de culpabilité

0 Absent

1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens

2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou sur des actions condamnables

3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité

4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes

A**3] Tendances suicidaire**

Au cours de la semaine écoulée, vous est-il arrivé de penser que la vie ne valait pas la peine d'être vécue, que vous préféreriez être mort ?

- Avez-vous eu envie de vous faire du mal ?
- Si OUI : à quoi avez-vous pensé exactement ?
- Avez-vous fait quelque chose pour vous faire du mal ?

4] Insomnie lors de l'endormissement

Comment avez-vous dormi au cours de la dernière semaine ?

- Avez-vous eu des difficultés à vous endormir après vous être couché(e) ?
- Combien de temps vous a-t-il fallu avant de vous endormir ?
- Au cours de cette dernière semaine, combien de fois avez-vous eu du mal à vous endormir en début de nuit ?

5] Insomnie au milieu de la nuit

Toujours la dernière semaine, vous est-il arrivé de vous réveiller en pleine nuit ?

- Si OUI : vous êtes-vous levé(e) ? Qu'avez-vous fait ? Êtes-vous allé(e) simplement aux toilettes ?
- Quand vous retournez au lit, êtes-vous capable de vous rendormir immédiatement ?
- Avez-vous la sensation que votre sommeil est agité ou perturbé au cours de certaines nuits ?

6] Insomnie du petit matin

Pendant la semaine dernière, à quelle heure vous êtes-vous réveillé(e) le matin (sans vous rendormir ensuite) ?

- Si TRÈS TÔT : est-ce à cause d'un réveil matin ou vous réveillez-vous spontanément ?
- À quelle heure vous réveillez-vous habituellement (c'est-à-dire quand vous n'êtes pas déprimé) ?

7] Travail et activités

Comment avez-vous passé votre temps la semaine dernière (lorsque vous n'étiez pas en train de travailler) ?

- Vous êtes-vous intéressé(e) à ce que vous faisiez, ou aviez-vous l'impression de devoir vous forcer pour faire les choses ?
- Avez-vous arrêté de faire quelque chose que vous aviez l'habitude de faire ? Si OUI : pourquoi ?
- Y a-t-il quelque chose que vous aimeriez faire ou que vous attendez avec impatience ?

B**3] Suicide**

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même
- 3 Idées ou geste de suicide
- 4 Tentatives de suicide (côté 4 toute tentative sérieuse)

4] Insomnie du début de la nuit

- 0 Pas de difficulté à s'endormir
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir : par exemple de mettre plus d'une demi-heure
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir

5] Insomnie au milieu de la nuit

- 0 Pas de difficulté
- 1 Le malade se plaint d'être agité et troublé pendant la nuit
- 2 Il se réveille pendant la nuit (coté 2 toutes les fois où le malade se lève du lit, sauf pour uriner)

6] Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève

7] Travail et activités

- 0 Pas de difficulté
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou bien décrite directement par le malade, ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations (il a l'impression qu'il doit se forcer pour travailler ou pour avoir une activité quelconque)
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
À l'hôpital : coter 3 si le malade ne passe pas au moins trois heures par jour à des activités, aide aux infirmières ou thérapie occupationnelle (à l'exclusion des tâches de routine de la salle)
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.
À l'hôpital, coter 4 si le malade n'a aucune activité que les tâches de routine de la salle, ou s'il est incapable d'exécuter ces tâches de routine sans être aidé

A**8] Ralentissement de la pensée, du langage**

- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien

9] Agitation

- Aucune question n'est nécessaire, l'évaluation est fondée sur l'observation au cours de l'entretien

10] Anxiété (psychique)

Vous êtes-vous senti(e) particulièrement tendu(e) ou irritable au cours de cette dernière semaine?

- Vous êtes-vous inquiété(e) d'une multitude de petits détails qui ne vous auraient pas inquiété(e) en temps normal?

- Si OUI: quelles choses, par exemple?

11] Anxiété (somatique)

Au cours de la dernière semaine, avez-vous ressenti l'un des symptômes physiques suivants?

Lisez la liste en laissant un temps de réponse après chaque symptôme:

- Avez-vous eu la bouche sèche, du mal à digérer, une indigestion, une diarrhée, des crampes, des renvois, des palpitations, des maux de tête, du mal à respirer, des problèmes urinaires, une transpiration?

- À quel point ces symptômes vous ont-ils gêné(e) au cours de la semaine dernière? Ont-ils été très intenses? Les avez-vous ressentis souvent? À quelle fréquence?

- Note: n'attribuer aucun score si le symptôme est manifestement d'origine médicamenteuse.

12] Symptômes somatiques (gastro-intestinaux)

Avez-vous eu de l'appétit au cours de la semaine?

- Était-il comparable à votre appétit habituel?

- Avez-vous dû vous forcer à manger? D'autres personnes ont-elles dû vous pousser à manger?

B**8] Ralentissement: (lenteur de la pensée et du langage; baisse de la faculté de concentration; baisse de l'activité motrice)**

0 Langage et pensée normaux

1 Léger ralentissement à l'entretien

2 Ralentissement manifeste à l'entretien

3 Entretien difficile

4 Stupeur

9] Agitation

0 Aucune

1 Crispations, secousses musculaires

2 Joue avec ses mains, ses cheveux, etc.

3 Bouge, ne peut rester en assis tranquille

4 Se tord les mains, ronges ses ongles, arrache ses cheveux, se mord les lèvres

10] Anxiété psychique

0 Aucun trouble

1 Tension subjective et irritabilité

2 Se fait du souci à propos de problèmes mineurs

3 Attitude inquiète, apparente dans l'expression faciale et le langage

4 Peurs exprimées sans qu'on pose des questions

11] Anxiété somatique:

Concomitants physiques de l'anxiété tels que:

- Gastro-intestinaux (bouche sèche, troubles digestifs, diarrhée, coliques, éructations)

- Cardiovasculaire (palpitations, céphalées)

- Respiratoires (hyper ventilation, soupirs)

- Pollakiurie

- Transpiration

0 Absente

1 Discrète

2 Moyenne

3 Grave

4 Frappant le sujet d'incapacité fonctionnelle

12] Symptômes somatiques gastro-intestinaux

0 Aucun

1 Perte d'appétit, mais mange sans être poussé par les infirmières. Sentiment de lourdeur abdominale

2 A des difficultés à manger en l'absence d'incitation du personnel. Demande où a besoin de laxatifs, de médicaments intestinaux ou gastriques

A**13] Symptômes somatiques (généraux)**

Avez-vous eu suffisamment d'énergie au cours de la semaine écoulée ?

- Vous êtes-vous senti(e) constamment fatigué(e) ?
- Avez-vous ressenti des douleurs dans les membres, le dos ou la tête ?

14] Symptômes génitaux

Au point de vue sexuel, y a-t-il eu des modifications de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine ?

- Je ne parle pas de votre activité sexuelle mais de votre intérêt pour la sexualité au cours de la dernière semaine.
- Cet intérêt a-t-il subi une modification (par rapport à avant la dépression) ?
- Avez-vous beaucoup pensé au sexe ?
- Si NON : est-ce habituel pour vous ?

15] Hypochondrie

Au cours de la semaine écoulée, vos pensées se sont-elles souvent centrées sur votre santé physique ou sur la façon dont votre corps fonctionne (par rapport à votre état d'esprit habituel) ?

- Vous plaiguez-vous souvent de votre état physique ?
- Vous est-il arrivé de demander de l'aide pour des choses que vous auriez pu faire vous-même ?
- Si OUI : quoi, par exemple ? Combien de fois est-ce arrivé ?

16] Amaigrissement

Avez-vous perdu du poids récemment ?

Si OUI : combien ?

- En cas de doute : avez-vous l'impression que vous flottez dans vos vêtements ?

17] Intuition du patient sur son propre état

- Évaluation fondée sur l'observation au cours de l'entretien.

Total des 17 items

B**13] Symptômes somatiques généraux**

- | | |
|---|---|
| 0 | Aucun |
| 1 | Lourdeurs dans les membres, dans le dos ou la tête. Douleurs musculaires. Perte d'énergie et fatigabilité |
| 2 | Coter 2 au cas où n'importe quel symptôme est net |

14] Symptôme génitaux tels que : perte de la libido ; troubles menstruels

- | | |
|---|--------|
| 0 | Absent |
| 1 | Légers |
| 2 | Graves |

15] Hypochondrie

- | | |
|---|--|
| 0 | Absente |
| 1 | Attention concentrée sur son propre corps |
| 2 | Préoccupations sur sa santé |
| 3 | Plaintes fréquentes, demandes d'aide, etc. |
| 4 | Idées délirantes hypochondriaques |

16] Perte de poids : (coter soit A, soit B)

- | | |
|---|--|
| A | (d'après les dires du malade) |
| 0 | Pas de perte de poids |
| 1 | Perte de poids probable liée à la maladie actuelle |
| 2 | Perte de poids certaine (suivant ce que dit le sujet) |
| B | (appréciation par pesées hebdomadaires par le personnel soignant lorsque des modifications actuelles de poids sont évaluées) |
| 0 | Moins de 500 g de perte de poids par semaine |
| 1 | Plus de 500 g de perte de poids par semaine |
| 2 | Plus de 1 kg de perte de poids par semaine |

17] Prise de conscience

- | | |
|---|--|
| 0 | Reconnaît qu'il est déprimé et malade |
| 1 | Reconnaît qu'il est malade, mais l'attribue à la nourriture, au climat, au surmenage, à un virus, à un besoin de repos, etc. |
| 2 | Nie qu'il est malade |

Total des 17 premiers items



18] Variations dans la journée

A Noter si les symptômes sont plus marqués dans la matinée ou la soirée. S'il n'y a pas de variations diurnes, indiquer : aucune.

0 Aucune

1 Plus marqués le matin

2 Plus marqués l'après-midi

B Quand il y a une variation diurne, indiquer la sévérité de la variation. Indiquer "Aucune" s'il n'y a pas de variation.

0 Aucune

1 Légère

2 Importante

Inscrire dans la case la note 18 B.

**19] Dépersonnalisation et déréalisation :
(par exemple que le monde n'est pas réel ;
idées de négation)**

0 Absente

1 Légère

2 Moyenne

3 Grave

4 Entraînant une incapacité fonctionnelle

20] Symptômes délirants : (persécutifs)

0 Aucun

1 Soupçonneux

2 Idées de référence

3 Idées délirantes de référence et de persécution

21] Symptômes obsessionnels et compulsions

0 Absents

1 Légers

2 Graves

Total des 21 items

Références :

Williams J.B., 1988. Guelfi J.D.,

Criquillon-Doulet S., 1992.

Fleck M.P. et al., 1994.

*Traduction française par J.D. Guelfi